

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 1^{er} Juillet 1886

Par JEAN-BENJAMIN LARROQUE

Né à la Conception de l'Uruguay (République Argentine), le 6 février 1857

Lauréat de la Société médico-psychologique (Prix Esquirol)

Interne en Médecine

Ancien externe des hôpitaux de Paris, etc.

RÉMISSIONS

DANS LE COURS DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

MONOGRAPHIE

Président : M. BROUARDEL.

Juges : { MM. MATHIAS DUVAL, DEBOVE,
HALLOPEAU.

PARIS

IMPRIMERIE G. ROUGIER ET C^{ie}

1, RUE CASSETTE, 1

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N°

228

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 1^{er} Juillet 1886

Par B. LARROQUE

Lauréat de la Société médico-psychologique (Prix Esquirol)

Interne en Médecine

Ancien externe des hôpitaux de Paris, etc.

RÉMISSIONS

DANS LE COURS DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

MONOGRAPHIE

Président : M. BROUARDEL.

Juges : { MM. MATHIAS DUVAL, DEBOVE,
HALLOPEAU.

PARIS

IMPRIMERIE G. ROUGIER ET C^{ie}

1, RUE CASSETTE, 1

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen. M. BÉCLARD.

Professeurs. MM.

Anatomie.	SAPPEY.
Physiologie.	BÉCLARD.
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle et médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ PETER.
	{ DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale.	{ GUYON.
	{ LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	DUPLAY.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	VULPIAN.
Clinique médicale.	{ SÉE (G.).
	{ HARDY.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.	CHARCOT.
Clinique chirurgicale.	{ RICHT.
	{ VERNEUIL.
	{ TRELAT.
Clinique ophtalmologique.	LE FORT.
Clinique d'accouchements.	PANAS.
Clinique des maladies syphilitiques.	PAJOT.
	FOURNIER.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN.

Professeur honoraire : M. GOSSELIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	HALLOPEAU.	PEYROT.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	HANOT.	PINARD.	RICHELOT.
BUDIN.	HANRIOT.	POUCHET.	Ch. RICHT.
CAMPENON.	HUMBERT.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert.)
DEBOVE.	HUTINEL.	RAYMOND.	SEGOND.
FARABEUF, chef	JOFFROY.	RECLUS.	STAUS.
des travaux anatomiques	KIRMISSON.	REMY.	TERRILLON.
GARIEL.	LANDOUZY.	RENDU.	TROISIER.
GUEBHARD.	LUTZ.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE D^r A.-M. LARROQUE

PROFESSEUR DE PHILOSOPHIE, ETC., A L'UNIVERSITÉ DE BUENOS-AYRES.

MEMBRE DU HAUT CONSEIL D'ÉDUCATION

DOCTEUR EN DROIT, ETC., ETC.

INTRODUCTION

« S'il est possible de perfectionner l'es-
« pèce humaine et de la faire entrer dans
« les voies de la véritable civilisation, c'est
« dans la médecine qu'il faut en chercher
« les moyens. »

(DESCARTES).

Pendant notre internat nous avons pensé que nous ferions œuvre utile en réunissant dans une même étude les cas fréquents de rémission dans le cours de la paralysie générale survenus dans notre service. Nos nombreuses observations, ajoutées à celles déjà publiées, nous fourniront les éléments nécessaires pour faire en quelque sorte une monographie.

Notre but serait atteint si nos conclusions pouvaient apporter par la connaissance de ces accalmies plus ou moins passagères, par l'appréciation juste et bien comprise de ces arrêts momentanés, quelque soulagement, une lueur de vie intellectuelle à ces pauvres déshérités, voués le plus souvent, après avoir traversé une existence précaire, inutile et sans but, à une mort si ce n'est trop prompte, du moins fatale.

Nous espérons qu'on voudra faire un bon accueil à notre présent travail. Déjà la Société médico-psychologique, dans sa séance solennelle, nous a décerné une haute récompense en nous accordant cette année le prix Esquirol; que la commission chargée de nous juger (MM. les D^{rs} Baillarger, Foville, Blanche, Métivié, Marcel Briand) reçoive ici tous nos remerciements pour

Larroque.

les paroles élogieuses qu'elle nous a adressées par l'intermédiaire de son rapporteur.

Notre désir eût été de reproduire *in extenso* notre mémoire; malgré toute notre volonté, nous l'avons réduit afin de pouvoir le présenter sous forme de thèse. On n'y perdra rien puisque nous avons supprimé la partie historique, c'est-à-dire la partie la plus ingrate. Il nous a fallu, en effet, rechercher, en remontant aussi loin que possible toutes les citations, toutes les observations parues jusqu'à ce jour. Après les avoir classées chronologiquement, en avoir pour ainsi dire démontré leur existence, quelques rares lignes suffisent pour conclure. On nous tiendra donc compte de ne pas lasser par plus de cent pages la patience de ceux qui voudront bien nous lire. Si l'on tient à compléter ces recherches et vérifier certains faits avancés par nous, on n'aura qu'à se reporter à notre partie bibliographique dont nous donnons l'index très exact.

Pour les mêmes raisons, on nous saura encore gré d'avoir résumé nos longues observations personnelles.

Avant de commencer, nous adressons toute notre gratitude à nos maîtres, MM. les D^{rs} Micé, Hérard, Reclus, Verneuil, Guyon, Baillarger, à notre chef de service actuel M. Ant. Ritti, etc., et surtout à M. le professeur Brouardel, pour l'honneur qu'il nous fait de présider notre thèse.

Je veux encore exprimer ici toute ma reconnaissance à mon excellent maître, M. le D^r Christian, qui nous a si généreusement prodigué ses hautes connaissances, et dans le service duquel, pendant notre internat, nous avons pu recueillir tant de documents pour ce travail.

DIVISION DU SUJET

1° Historique (voir introduction et conclusions).

2° Étude des rémissions dans la paralysie générale basée sur nos connaissances actuelles et des observations personnelles.

3° Traitement.

4° Étude médico-légale de la paralysie générale en rémission.

5° Conclusions.

6° Bibliographie.

ÉTUDE DES RÉMISSIONS

DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

BASÉE SUR NOS CONNAISSANCES ACTUELLES
ET NOS OBSERVATIONS PERSONNELLES

Exposé du sujet. — Après avoir rapporté tant de cas indéniables de rémissions dans le cours de la paralysie générale, nous devons nous demander quelles conséquences on doit en tirer et voir si nos observations personnelles concordent avec les faits acquis. Nous décrirons très succinctement, car nous supposons la paralysie générale connue, quelques phénomènes survenant dans les différentes périodes ou accompagnant les diverses formes de cette maladie dans le cours des rémissions. Selon les besoins nous nous étendrons sur certains points; il ne faut pas oublier que notre but principal est avant tout l'étude des rémissions.

Division et nécessité d'étudier les faits cliniques. — Malgré l'accumulation de nombreux et importants travaux, tout n'a pas été dit et ce sujet, est encore entouré d'obscurité. Aujourd'hui admises par la généralité des auteurs, les rémissions n'ont point été rigoureusement étudiées au point de vue de leur fréquence, de leurs variétés et de leur valeur séméiotique. Nous croyons que pour arriver à la conception vraie de ces phénomènes et à en bien saisir leurs phases, il faut nous en tenir seulement à l'ob-

servation pure et simple des faits en eux-mêmes, en un mot à la clinique seule, bien interrogée. « Par la description de leur mode de production et leur démonstration répétée, on arrivera à apporter des modifications précieuses dans la marche, les tendances et la terminaison d'une maladie regardée comme incurable. » (Doutrebente, *Arch. méd.-psych.*, tome XIX, 1878. Des différentes espèces de rémissions qui surviennent dans la paralysie générale.)

Impossibilité d'expliquer les rémissions par l'anatomo-pathologie actuelle de la paralysie générale. Opinions diverses. — A bien considérer la marche progressive de la paralysie générale, on ne peut expliquer ces arrêts dans la maladie. Voilà un paralytique général qui sort amélioré, guéri, prétendent quelques-uns. Que s'est-il passé?

Il est très difficile de prendre une décision en face de l'anatomo-pathologie décrite et interprétée si diversement. Nous n'avons pas les éléments nécessaires pour trancher la question.

Avec Calmeil on a cru et on croit que la paralysie générale était due à une phlegmasie provoquant des lésions des méninges, des circonvolutions, etc. Puis les micrographes sont venus nous dire, avec Bonnet et Poincaré, qu'il s'agissait d'une maladie des ganglions cervicaux du grand sympathique; avec Bailarger, de lésions des parties blanches du cerveau; avec Voisin, d'une lésion du bulbe; avec Jarre, d'une granulation du quatrième ventricule (point de départ des troubles de la parole); avec Westphal, d'altérations de la moelle; avec Wirchow, troubles de la névrogie; avec Rokitansky et Weld, d'une hypergénése du tissu conjonctif, etc., etc. La théorie des localisations a encore modifié les opinions et « la doctrine actuelle, nous dit dans un style imagé le professeur Ball (*Leçons sur les maladies mentales*, p. 701), ressemble aux murs d'Athènes bâtis à la hâte après l'invasion des Perses et qui portaient dans leurs flancs des fragments de colonnes, de pierres tombales et d'autres vestiges des temps passés ».

Devant des lésions si diverses que décider? Y a-t-il un arrêt

du processus pathologique? Y a-t-il eu cicatrisation, comme dans un syphilome, ou bien encore s'est-il fait une néo-formation, une régénération des tissus?...

On peut donner libre cours à l'imagination et se lancer dans le champ des hypothèses sans entraîner une conviction. Le problème reste à résoudre, et l'anatomie pathologique de la paralysie générale est à refaire. Donc, nous constaterons les faits cliniques des rémissions sans chercher à les interpréter. Nous nous contenterons de dire avec Billod (in *Recherches sur la paralysie générale des aliénés*) : « L'argument tiré de l'anatomie pathologique contre la vraisemblance d'une guérison de la paralysie générale, n'est pas un argument sans réponse, et la guérison n'est pas une chose invraisemblable. »

« Il est infiniment probable, dit M. Legrand du Saulle, que les accidents permanents de congestion viennent à cesser et que leur disparition arrête le ramollissement de la substance corticale. Le ramollissement, en effet, n'est que la conséquence forcée de l'inflammation lente et chronique du cerveau; or, dès que la phlégmisie cesse, le ramollissement s'arrête et le cerveau se répare; aussi, malgré les nombreuses adhérences qui se sont formées entre le cerveau et les membranes, l'intelligence repa-rait-elle en grande partie. A ce moment encore les désordres de la motilité s'éloignent ou se masquent. »

Il est difficile de se rendre compte, prétend le Dr Aug. Voisin (in *Traité de la paralysie générale des aliénés*, 1879), de l'état anatomique. Sans doute les phénomènes congestifs disparaissent, les lésions se localisent, certaines parties du cerveau redeviennent saines. Comme l'a dit Baillarger, il ne s'agit pas de sclérose interstitielle dans la paralysie générale, car on ne saurait comprendre la guérison de sclérose doublée, tandis que l'on comprend très bien la disparition de lésions congestives et inflammatoires. Nous pourrions continuer les citations, nous préférons nous en tenir, je le répète, aux faits cliniques.

Les rémissions sont mieux connues aujourd'hui. — Si les rémissions sont observées plus souvent aujourd'hui, c'est que la para-

lysie générale est mieux étudiée. A peine ces temps d'arrêt étaient-ils connus de quelques spécialistes au début, c'est-à-dire il y a une trentaine d'années. Actuellement la rémission est un fait acquis. « C'est, a-t-on dit, une demi-solution vers laquelle doivent se diriger toutes les ressources de l'esprit du médecin. »

Définition de la rémission dans la paralysie générale. — Qu'est-ce donc qu'une rémission dans la paralysie générale?

Faure (Th. de Paris, 1864. *Des rémittences de la paralysie générale*) prétend que c'est « la disparition plus ou moins complète des symptômes de paralysie et d'aliénation mentale, ou peut-être mieux encore, l'état latent des troubles somatiques et psychiques occasionnés par la maladie ».

Schils (Th. de Paris, 1879. *Étude sur les rémittences dans la paralysie générale*) et Balland (*Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés*, th. Strasbourg, 1868) nous disent : « La rémission dans la paralysie générale est une diminution plus ou moins notable dans les symptômes moraux, intellectuels ou somatiques considérés ensemble ou isolément. »

Ainsi donc pour les uns c'est la disparition, pour les autres, la diminution des symptômes de la paralysie générale.

A notre tour, dans un sens plus étendu, nous dirons avec Littré et Robin (*Dictionnaire de médecine*, 1878, p. 1353) : « La rémission est une diminution temporaire des symptômes d'une maladie, soit aiguë, soit chronique. »

Impossibilité de comparer les rémissions des maladies mentales et celles de la paralysie générale. — De tout temps on a observé des rémissions dans les maladies mentales et dans notre service nous avons vu de nombreux exemples, malgré l'opinion pessimiste de Georget qui croyait presque toujours dans tous les cas à une issue « funeste » (in *Dictionnaire* en 30 vol., art. *Folie*). Mais entre ces rémissions et celles de la paralysie générale, il est impossible d'établir des points de comparaison ; les premières surviennent, d'après nos connaissances actuelles, en dehors de tout travail pathologique, tandis que les secondes généralement se

produisent, comme nous le verrons, à la suite de modifications morbides.

Explications des rémissions dans la paralysie générale par les diverses théories, unicistes, dualistes. — Préoccupé des rapports existant entre la paralysie générale et les vésanies, Baillarger pensa que « les rémissions étaient dues à des accès de manie, de mélancolie assez aigus pour masquer la paralysie générale ». C'est là l'opinion de ceux qui ont admis la folie paralytique. Quand la rémission se produit, la folie paralytique disparaît et il ne reste que la démence paralytique. Cette idée a été reprise récemment par Baillarger à qui revient pourtant l'honneur d'avoir considéré dès le principe de sa carrière (*Annales médico-psych.*, tome IX, p. 331, 1847) avec Lunier (in *Annales médico-psych.*, 1847-1849), la paralysie générale comme une entité morbide.

Mais bien avant ces auteurs, Bayle, dans sa thèse inaugurale, avait soutenu que la paralysie générale n'est pas une complication de la folie. Parchappe, Falret et bien d'autres adoptèrent les idées de Bayle, et en 1858 une discussion mémorable médico-psychologique consacra les idées de Bayle, c'est-à-dire l'essentialité de la paralysie générale, — son unité.

On peut se demander si la paralysie vraie à type cérébral, si la périencéphalite diffuse par propagation secondaire pour Jacoud, centro-spinale pour Baillarger, remontée pour Westphal et Mendel, si ces cérébrites diathésiques, dont nous dirons quelques mots quand nous aborderons les pseudo-paralysies, doivent être englobées dans une seule et même affection. Simon, en Allemagne, nous dit qu'on doit considérer le mot « paralysie générale comme l'expression d'un genre qui comprend plusieurs espèces qui se confondent au point d'arrivée, bien que divergentes au point de départ ».

Une grande majorité des aliénistes se rallie aujourd'hui aux idées unicistes et pensent que si Bayle n'avait pas affirmé hardiment l'unité de la paralysie générale, caractérisée clairement par le délire, la démence et la paralysie, cette maladie n'aurait

pas été créée. Pour ceux-ci la rémission est un arrêt dans le courant de cette maladie chronique : les symptômes disparaissent ou bien restent, mais à l'état latent.

Luys a comparé la paralysie générale à la cirrhose du foie et montré que, là, la lésion fondamentale persistant, les phénomènes seuls disparaissent pour un temps plus ou moins long (*Annales médico-psych.*, 1877, tome VIII).

MM. Christian et Ritti (in *Paralysie générale* : Dictionnaire de Déchambre) la comparent à la phtisie; alors que le poumon est creusé de cavernes, il survient aussi des améliorations.

Contrairement Baillarger, comme nous l'avons vu, a opposé dans ces dernières années la théorie dualiste.

Déjà les auteurs du commencement du siècle, — Esquirol, Delaye, Calmeil, — considéraient la paralysie-générale comme la terminaison de la folie. Plus tard, en 1846, Requin, dans la paralysie générale qu'il appela *progressive*, décrit deux formes : la première avec troubles intellectuels, la deuxième sans aucun trouble de ce genre.

Sandras, Lunier, Baillarger confirmèrent ces idées et même ce dernier ajouta que la démence constituait le symptôme essentiel, il l'appela démence paralytique.

Puis Guislain vint dire que dans la paralysie générale il y avait deux maladies : la première (la principale) permanente, continue, progressive, à tendance fatale ; la deuxième (accessoire) irrégulière, passagère et se montrant par secousses. La première est la paralysie générale simple avec troubles somatiques et psychiques ; la deuxième, sont les congestions et poussées successives.

Actuellement M. le D^r Baillarger admet que la folie paralytique, désignée autrefois sous le nom de folie congestive, et la démence sont deux maladies différentes. La paralysie générale, en effet, peut exister sans troubles psychiques, c'est là, prétend Baillarger, le type de la paralysie générale qui doit être regardée comme une démence paralytique, c'est-à-dire comme une affection spéciale. Au contraire, la folie paralytique congestive peut

guérir, avoir des rechutes et se terminer par la démence paralytique. Dans ce dernier cas, on passerait par les deux maladies en question; par la folie congestive, et puis par la démence paralytique, la paralysie générale proprement dite. — Le D^r Baillarger pense encore que les formes dites maniaques et mélancoliques de la paralysie générale sont des formes compliquées de la folie congestive ou paralytique. Nous avons dit plus haut comment, avec cette théorie, on pourrait interpréter les rémissions; nous n'y reviendrons pas.

Nous terminerons ces considérations par les idées récentes de M. le D^r Magnan. Il décrit cette affection (in *Annales médico-psych.*, p. 311, septembre 1885, tome II. Résumé de la leçon d'ouverture du cours de M. Magnan à Sainte-Anne) comme un ensemble symptomatique et constant et qui consiste en une démence particulière généralisée, en troubles moteurs et sensitifs, et en troubles somatiques. Le délire qui s'ajoute souvent n'est qu'un phénomène accessoire, c'est la manifestation d'une psychose qui coexiste avec la paralysie générale et qui végète pour se flétrir bientôt sur le sol stérile de la démence paralytique. — Du reste, dans tous les états mixtes qui tiennent de la pathologie ordinaire et de la psychiatrie, l'analyse clinique démontre la réalité de la coexistence de troubles délirants de nature variée.

Fréquence des rémissions. — Quoi qu'il en soit, et quelle que soit l'explication des rémissions que l'on puisse donner avec ces théories différentes, elles n'en existent pas moins. Les observations produites dans l'historique et celles recueillies par nous en sont une preuve évidente.

Statistique personnelle. — Nous avons voulu établir une statistique sur les rémissions chez les paralytiques généraux, — mais nous nous sommes heurté contre des difficultés matérielles. Il est en effet presque impossible d'établir une catégorie de rémissions identiques. Il aurait fallu faire des subdivisions ou bien donner des exposants, etc., ce qui nous semble impraticable. On sait en outre la valeur que l'on doit attacher aux rapports annuels des différents asiles de notre département. —

Malgré cela, en englobant dans une même classe toutes les rémissions survenues dans le cours de la paralysie générale, nous avons tâché de donner des chiffres, mais sans en tirer des conséquences mathématiques. Nous empruntons ces détails assez bien consignés dans les rapports médicaux des six dernières années de notre service.

Dans l'année 1879, on a admis 37 paralytiques généraux ; sur ce nombre 6 ont eu des rémissions (c'est-à-dire $1/6$).

En 1880, sur 36 paralytiques généraux, un seul est sorti en rémission ($1/36$) ; c'est l'année où il y a eu le moins d'améliorations. Mais, chose singulière, est-ce une simple coïncidence ? c'est l'année aussi où il y a eu le moins de décès de paralytiques généraux.

En 1881, 43 paralytiques généraux ont été reçus ; sur ce nombre, 7 sont sortis améliorés, en rémission ($1/6$).

En 1882, sur 25 paralytiques généraux, on a obtenu 4 rémissions ($1/6$).

En 1883, sur 27 paralytiques généraux, on a obtenu 2 rémissions ($1/13$).

En 1884, sur 36 paralytiques généraux, on a obtenu 5 rémissions ($1/7$).

Dans ces six années il y a eu (en additionnant les rémissions d'un côté et les paralytiques généraux d'un autre) 25 rémissions sur 204 paralytiques généraux, ce qui donne un rapport de une rémission sur 8 paralytiques généraux, c'est-à-dire 12 à 13 rémissions p. 100.

Certes le résultat n'est pas brillant, mais il donne un chiffre assez élevé pour attirer l'attention quand il s'agit d'une maladie si fatale et à échéance plus ou moins courte.

Ainsi donc il ne se passe pas d'année où nous ne voyons plusieurs de ces améliorations permettant au malade de reprendre quelquefois ses fonctions ou ses occupations.

Si ces rémissions sont assez fréquentes, elles ne sont pas toujours malheureusement définitives. Tous les auteurs sont à peu près d'accord sur ce point, à savoir qu'au bout de quelques

mois nous voyons revenir ces mêmes malades, et le mal reprend alors avec une énergie nouvelle sa marche inexorable.

Division des rémissions. — Pour cette raison on a divisé les rémissions en complètes et incomplètes.

Rémissions complètes. — Les premières sont rares. Dans notre historique, nous en avons rapporté quelques exemples bien établis, ceux de MM. Ferrus, de Marcé, de Baillarger. Dans ces cas, non seulement les nombreux troubles psychiques disparaissent, mais encore les troubles somatiques, c'est-à-dire les troubles pupillaires si bien décrits par Baillarger, consistant dans la contraction exagérée et l'inégalité pupillaire; puis les mouvements de dégustation (autre signe de Baillarger); puis encore les déviations des sourcils, du sillon nasal (Lunier), de la luette (Linas), le strabisme (Esquirol), l'exophtalmie (Moreau de Tours), l'anesthésie de la peau (de Crozant), etc., etc. Mais souvent il reste quelques vestiges de ces symptômes soit somatiques, soit psychiques, sans lesquels certains auteurs n'admettent pas la rémission, et surtout la guérison. Ces derniers, ajoute M. Baillarger, ne manqueraient pas de dire : « Un pareil malade a été paralytique; donc la maladie persiste encore, puisqu'elle ne guérit pas; ou bien, — ce malade n'a jamais été atteint de paralysie générale, il ne pourrait manquer d'offrir les signes de cette affection. »

On a dit même qu'il y avait des paralytiques généraux sans ou presque sans troubles somatiques et qu'alors il n'était pas étonnant de ne pas les voir après les guérisons.

M. Baillarger, devant ces cas bien avérés de guérison a créé, pour éviter toute confusion, une nouvelle espèce de manie dite congestive, ayant les mêmes symptômes que la paralysie générale. Le diagnostic différentiel est alors assez difficile puisqu'on n'observe plus les troubles somatiques de la paralysie générale. On y arrive seulement par la guérison ou le décès du malade.

Rémissions incomplètes. — Les secondes (incomplètes) sont les plus fréquentes. Ici il reste des troubles somatiques mais

amoindris, avec ou sans un certain état psychique. Parmi celles-ci les unes sont, comme dans la généralité des cas, momentanées, les autres plus rares suivent une marche chronique et quelquefois même, ce qui est encore beaucoup plus rare, affectent une forme circulaire. On observe encore des cas intermédiaires.

Les quelques exemples de guérisons remarquables après de longues années que nous trouvons dans la science, sont des exceptions heureuses. Et si cette guérison complète ne s'effectue pas toujours, les guérisons incomplètes constituent un succès tout aussi réel.

Variétés des rémissions; formes de la paralysie générale dans lesquelles les rémissions sont les plus fréquentes. — On s'accorde à dire que dans la marche de la paralysie générale on observe deux périodes, l'une congestive, l'autre de désorganisation. On comprendra aisément que les rémissions surviennent plus aisément pendant la première. Nous avons dit qu'il était presque impossible de dire ce qui se passait durant les périodes différentes de la paralysie générale. A quoi bon faire des suppositions puisqu'il nous est difficile quand même de dire où finit l'une et où commence l'autre. Ces étapes sont en effet tantôt courtes, tantôt longues. Rien de précis à ce sujet. Aussi nous nous abstenons de reproduire ici les hypothèses si nombreuses qui ont cours et surtout nous nous garderons d'en ajouter.

Les rémissions surviennent dans presque toutes les variétés de la paralysie générale, mais surtout dans les formes congestives, expansives, maniaques. Telle est l'opinion de Marcé (p. 41, *loco citato*), de Linas, Falret, etc. Il ne faut pas croire, avec quelques auteurs, qu'elles ne s'observent jamais dans les formes mélancoliques, paralytiques, démentes, etc. S'il est certain que la période initiale ou de début fournit plus de cas que la période moyenne ou d'état, la période terminale ou de déclin en présente aussi. « Des sujets couverts d'eschares, gâteux, arrivés à l'état de marasme et d'épuisement profond, ne pouvant se soutenir sur leurs jambes et dans un état de démence com-

plète, ont été vus reprenant leurs forces, parlant plus librement, récupérant même la plus grande partie de leurs facultés intellectuelles, et se sont soutenus dans cet état pendant des années entières, nous dit Marcé. »

Personnellement nous avons observé un malade (obs. 22) arrivé au dernier terme de la paralysie générale; il eut un hématome de l'oreille ce qui, d'après tous les auteurs, est un symptôme de mauvais augure, cependant la rémission survint.

Quoique exceptionnels, ces cas sont avérés; il ne faut point les nier parce que, dans l'état actuel de la science, nous ne pouvons les expliquer.

On peut conclure que les rémissions de la paralysie générale, à mesure qu'on s'éloigne de l'origine de l'affection, deviennent de moins en moins probables, — mais elles peuvent néanmoins survenir à n'importe quel moment dans le cours de cette affection.

Durée des rémissions. — La durée des rémissions est variable, elle diffère suivant les formes, les circonstances, etc.

Nous avons vu qu'elles peuvent être incomplètes, momentanées, passagères, etc., mais il y en a de complètes et de durables, on en cite des cas de dix, quinze, vingt-cinq ans. — De pareilles rémissions, avons-nous dit, sont équivalentes à des guérisons. On ne peut établir des comparaisons entre elles, — tout diffère.

M. Baillarger, sur vingt observations, donne les résultats suivants :

1	Observation.	Retour après	4 mois.
4	—	—	6 semaines.
2	—	—	4 mois.
2	—	—	6 mois.
6	—	—	1 an.
3	—	—	18 mois.
2	—	—	2 ans.

M. Girard des Gailleux, à l'asile d'Auxerre, a observé des cas d'une plus longue durée.

M. le Dr Legrand du Saulle cite :

4 cas	d'une durée de 10 mois.
1	— — — 18 mois.
1	— — — 18 mois.

Personnellement voici sur un total de treize observations les résultats auxquels nous sommes arrivé :

Dans 2 cas	la rémission a duré 1 mois.
1	— — — 2 mois 1/2.
1	— — — 4 mois.
1	— — — 6 mois.
1	— — — 7 mois 1/2.
1	— — — 8 mois.
1	— — — 9 mois.
1	— — — 11 mois.
1	— — — 12 mois.
1	— — — 2 ans.
1	— — — 2 ans, 4 mois.
1	— — — 2 ans 1/2.

Durée moyenne des rémissions. — Nos recherches se rapprochent assez avec celles des auteurs que nous venons de citer. Pour nous la limite extrême est deux ans et demi. La moyenne se trouve comprise entre six mois et un an, — mais il nous semble risqué d'établir une règle sur de telles données, — aussi n'insisterons-nous pas sur ces détails.

Rémissions très légères fréquentes. — Nous ferons observer toutefois que les rémissions légères sont très fréquentes, il est rare même de n'en point remarquer plusieurs successivement chez le même sujet, — seulement ces rémissions, comme nous l'avons constaté fréquemment, sont si courtes que nous n'en faisons pas de véritables rémissions. Esquirol prétendait même que dans tout délire il en survenait une après le premier mois, puis l'affection prenait une marche chronique. Passons.

Sémiotique des rémissions. — *Rémissions progressives.* — *Rémissions par affections incidentes.* — En lisant la grande quantité d'observations accumulées dans la partie historique de notre tra-

vail, on aura été sans doute frappé par ce fait : les rémissions viennent tantôt sans causes connues, tantôt, ce qui est plus fréquent, à la suite d'incidents pathologiques. Cette dernière opinion est la plus généralement répandue. Nos observations personnelles ne nous permettent pas de donner une opinion établie sur des faits d'une certitude irréprochable.

Dans vingt-quatre cas de rémissions constatées par nous, la moitié seulement ont été jugées d'une façon bien évidente pour des affections intercurrentes. Dans l'autre moitié, les rémissions ont progressivement abouti sans aucune élimination apparente pouvant mériter le nom de crise. Évidemment ceci ne veut point dire qu'il n'y a pas eu un incident caché, inconnu pour nous, — mais existant réellement.

M. le Dr Thore, dans ses « Études sur les maladies incidentes des aliénés » (in *Annales médico-psych.* ; années 1844-1845-1846-1847, t. III, p. 17-339, t. IV, p. 11-182, t. V, p. 16-342, t. VII, p. 181-405, t. VIII, p. 56-359, t. IX, p. 48), nous dit que le diagnostic des maladies incidentes est très difficile. Il faut examiner tous les organes, car ces malades ne se plaignent pas. Ferrus, Calmeil, etc., ont cité des pneumonies sans symptôme aucun. Thore ajoute que l'inappétence est le phénomène qui trahit presque à lui seul l'existence d'une affection chez l'aliéné.

La réalité de ces incidents cachés ou non existe quand même aux yeux de ceux qui veulent, avec Esquirol en tête, que toute rémission survienne à la suite d'un trouble pathologique.

« J'ai constamment observé que la guérison des maladies mentales n'est que trompeuse ou passagère, lorsqu'elle n'est pas déterminée par quelques phénomènes critiques. » (Esquirol *Maladies mentales.*)

Pinel, Daguin, Fodéré, Friedriech, Burroux, Jacobi, Guislain, Morel, Renaudin et tant d'autres spécialistes dont les noms font autorité dans la science admettent ces crises.

Pour Burroux, les maladies intercurrentes sont d'une telle importance thérapeutique, qu'il recommande, toutes les fois

qu'elles se manifestent, de ne point trop se hâter de les guérir afin de ne pas se priver d'une ancre de salut.

Les rémissions par crises pathologiques sont plus efficaces. — Sans être aussi affirmatif, nous sommes forcé de nous rendre à l'évidence des faits. Aussi disons-nous : les crises les plus ordinaires et les plus efficaces sont les pathologiques ou perturbatrices ; celles-ci ont une influence telle que quelquefois elles opèrent une transformation complète du malade, une véritable résurrection.

Plus la paralysie générale sera invétérée, plus elle réclamera une crise perturbatrice. Le paralytique général arrivé à la dernière période a perdu, en effet, la spontanéité, la sensibilité, l'intelligence, etc., en un mot tous les ressorts qui animaient son existence. Pâle reflet de l'être humain, il est réduit à l'automatisme et n'attend plus que l'anéantissement complet du corps dans lequel, par la mort anticipée de toutes les facultés, ne se décele plus qu'une vie de plus en plus végétative. Certes il faut alors que la crise soit énergique pour que le paralytique général récupère ses forces, reprenne son individualité, sa place au soleil.

Les aliénés, les paralytiques généraux sont exposés à toutes les affections pathologiques. — Longtemps on a cru que la maladie n'avait pas de prise sur ces malades qui semblaient braver l'intempérie des saisons et s'exposaient impunément au feu, à un froid excessif, etc., présentant, somme toute, des troubles de la sensibilité. Richard, Ellis partagèrent ces idées, Moson Cox (*pratic. obs. on insanity*) admit que, lorsque par exception ils étaient atteints, les troubles s'effaçaient. L'épidémie de typhus qui régnait du temps de Pinel et pendant laquelle il faillit succomber ; les récentes épidémies de choléra, variole, etc., ont prouvé la fausseté d'une telle opinion. Esquirol et Ferrus (in *Des aliénés*, p. 226-227) ont protesté contre cette immunité et aujourd'hui on admet que les aliénés en général, y compris les paralytiques généraux, sont exposés aux mêmes maladies que les autres individus, et même davantage, ajouterons-nous, en raison de leurs troubles mentaux.

Cas dans lesquels les maladies incidentes n'amènent pas de rémission. — Ces incidents pathologico-critiques ne produisent pas toujours des rémissions. Si telle affection intercurrente amène dans certains cas une amélioration et même une guérison, dans d'autres les résultats seront différents et parfois contraires. Ceci est admis en général dans les maladies mentales par la plupart des aliénistes.

Ainsi l'on sait que chez les hypochondriaques les incidents pathologiques revêtent un type grave (Dagonet. *Traité élémentaire et pratique des maladies mentales*, 1876, p. 228); chez les persécutés, ces crises tantôt augmentent, tantôt diminuent, etc., etc. Maintes fois nous avons pu vérifier l'exactitude de ces faits. Mais le plus remarquable est que si *certaines maladies* donnent lieu à des rémissions, d'autres affections, au contraire, précipitent parfois la marche de la paralysie générale et peuvent être une complication qui entraîne la mort. Dans ces cas le paralytique général est souvent arrivé à la dernière période de sa maladie et le moindre événement fâcheux peut avoir alors pour résultat une fin prématurée.

(Nous mentionnons en passant et sans nous attarder ces faits; la recherche des causes de la mort dans la paralysie générale est en dehors de notre cadre et sera pour nous l'objet d'un travail ultérieur.)

Les affections intercurrentes dans la paralysie générale agissent toutes favorablement. — Ce qu'il y a de certain c'est que les affections intercurrentes agissent favorablement dans le cours de la paralysie générale. — Les symptômes s'amendent et les troubles psychiques et somatiques disparaissent plus ou moins, quelquefois complètement.

Si les crises physiques sont nombreuses dans la paralysie générale, il n'en est pas de même des crises morales. La paralysie générale étant une maladie organique, il est évident que ce que Falret appelle le procédé des romanciers, qui a produit tant de cures si merveilleuses entre les mains de Leuret, n'a rien à faire ici. — Nous osons à peine insister.

Incidents critiques qui amènent le plus de rémissions. — Voyons maintenant quels sont les incidents critiques qui produisent le plus d'améliorations dans le cours de la paralysie générale. — En général, tout état pathologique survenant dans une quelconque des périodes de la paralysie générale peut amener une rémission; on doit donc considérer comme un événement heureux toutes les affections même les plus graves.

« Une femme, présentant tous les symptômes d'une paralysie générale avancée, ne quittant plus le lit, est prise d'une attaque apoplectiforme. Tout faisait supposer une fin prochaine, mais au contraire la malade se remit de son attaque. A partir de ce moment elle put se lever et marcher, présenta un délire des grandeurs manifesté; elle ne succomba que huit mois plus tard. » (In *Diction. des sciences médicales*, t. XX, 2^e série. art. *Paralysie générale*, p. 759. J. Christian et Ritti.)

On a vu des paralytiques généraux revenir des portes du tombeau, nous disent Esquirol et Ferrus. — La pneumonie, cette maladie si grave et si fréquente chez les paralytiques, malgré le dire d'Hippocrate (aph. 12, liv. VII) : *Ex pulmonis inflammatione phrenites malum denuntiat*) a jugé la paralysie générale.

Il en est de même de l'érysipèle de la face qui souvent donne lieu à des accidents redoutables chez les paralytiques généraux.

Dans ces cas, la maladie intercurrente agit par une sorte de diversion, efface la paralysie générale, parfois même il survient, comme l'a décrit M. le D^r Christian, un délire fébrile se substituant au délire vésanique de la paralysie générale, qui exercera plus tard une influence heureuse.

Il faut traiter les affections incidentes. — Il ne s'ensuit pas cependant qu'il faille abandonner à elles-mêmes ces affections incidentes; on doit les traiter. S'il s'agit d'un furoncle, d'un petit abcès, etc., on aura peu de chose à faire; s'il s'agit d'une inflammation du poumon ou de tout autre organe, il faut agir. Parce qu'on espère voir survenir une rémission, il ne faut pas négliger de traiter le paralytique général, sans cela son

pourrait empirer et la maladie mentale au lieu de se dissiper, se compliquerait d'une affection grave qui hâterait plus sûrement le terme fatal. En somme il faut se conformer au précepte bien connu : « Primo non nocere. »

Les incidents critiques varient à l'infini. — La multiplicité des affections incidentes fait que les crises différeront à l'infini suivant le degré de la paralysie générale, son terrain, sa variété, sa forme, sa marche, ses tendances, etc. Il nous sera difficile d'en donner une description complète, ni même d'ébaucher une classification, parce que chaque individualité présente un cachet particulier et que si variés qu'en soient les caractères, on en voit surgir à chaque instant de nouveaux. La rémission n'est pas une, ses formes varient considérablement, de même que pour le chloroforme, la pneumonie, etc., il y a des chloroformés, des pneumoniques, etc., des malades présentant chacun un type spécial.

Les rémissions surviennent plus souvent après des suppurations. — Malgré le grand nombre des maladies incidentes pouvant amener des rémissions dans la paralysie générale, nous avons remarqué que les plus fréquentes survenaient après des suppurations.

Statistique personnelle. — Voici le résultat de douze observations personnelles de rémissions à la suite d'états pathologiques différents :

Furoncle, — suppurations;
Escarres, — suppurations;
Plaies, cuisse, organes génitaux, — suppurations;
Large phlyctène, escarres, — suppurations;
Anthrax joue droite, — suppurations;
Anthrax cuisse droite, — suppurations,
Abscess du pied, — suppurations;
Escarres, plaies, — suppurations.
Angine phlegmoneuse, — suppurations;
Plaies de la jambe, bronchite, — suppurations;

Variole, — suppurations ;

Diarrhée continue, — sueurs profuses ;

Ce court exposé en dit plus long qu'un chapitre.

A M. le D^r Baillarger revient l'honneur d'avoir pour la première fois signalé à la suite de suppurations prolongées les rémissions dans la paralysie générale.

Auteurs qui ont parlé de ces rémissions par suite de suppurations. — Ces faits jusqu'alors passés inaperçus, sont très connus aujourd'hui. Notre but est de les classer et de les interpréter aussi bien que possible.

Au nombre des phénomènes critiques conduisant les paralytiques généraux à une rémission plus ou moins durable on a encore constaté les furoncles, les anthrax, les phlegmons du tissu sous-cutané, les sueurs abondantes, les entérites, les pyrexies, le retour des règles, etc., etc. Ce sont là des faits cliniques dont la valeur n'a point échappé à M. le D^r Baillarger et à tous ceux qui se sont occupés des rémissions dans la paralysie générale.

Pour Fodère (in *Traité du délire*, 1817, p. 533) les mouvements critiques qui jugent les troubles cérébraux sont d'après l'ordre de leur plus fréquente manifestation : « les fièvres, les hémorrhagies, les évacuations alvines, les exanthèmes, les métastoses purulentes à la peau et l'évacuation d'une humeur morbifique quelconque, les modifications du système absorbant, des affections générales produisant un changement dans les systèmes, etc. »

M. Calmeil (in *Maladies intercurrentes des aliénés*, tome III. Dict. Dechambre, 1865, p. 171) nous dit : « Les phlegmons spontanés sont moins communs chez les aliénés que les anthrax et les érysipèles ; lorsqu'ils se manifestent au cou, sous les aisselles, aux seins, on les considère quelquefois comme des accidents heureux et dont la manifestation peut faire cesser la folie. »

Nous pourrions continuer nos citations et rappeler ce que disait tout récemment encore le savant aliéniste de la Salpê-

trière, M. le D^r Falret, dans son deuxième cours du 22 novembre dernier. A quoi bon, puisque toutes ces affections donnent lieu à des suppurations ou finissent par suppurer. Cette influence nous parait démontrée par les observations très diverses rapportées par nous.

Plus il se fait de suppuration, plus il y a chance de guérison. — Lorsque nous avons dit, on doit regarder comme un événement heureux toute affection incidente, nous aurions dû ajouter, la chance de rémission s'accroît surtout dès que l'incident pathologique donne lieu à une suppuration abondante.

Ces suppurations augmentent ou diminuent le délire dans les autres affections mentales. — Ici aussi nous noterons en passant un fait assez curieux, c'est que dans les autres maladies mentales les suppurations augmentent souvent le délire. Nous l'avons observé d'une façon manifeste chez un circulaire B... qui présenta, pendant la période d'excitation, une surexcitation coïncidant avec une vaste suppuration. Contrairement nous avons vu des rémissions survenir chez des maniaques et M. le D^r Dagonet cite (*loc. cit.*, p. 242). Une observation de guérison de lypémanie anxieuse par suite d'un abcès furonculaire de la nuque.

Prédispositions suppuratives? Interprétations. — Ces suppurations sont communes chez les aliénés; on a remarqué avec raison qu'ils sont en quelque sorte sujets à une diathèse ayant certaines analogies avec la pyémie, de là provient cette disposition spéciale aux panaris, aux furoncles, aux anthrax, aux phlegmons, à l'acné généralisé, au pemphigus, etc. — M. le D^r Jules Decorse dans sa thèse (*Considérations sur la chirurgie des aliénés*, — th. Paris, 1871, p. 74 et suivantes) expose sur l'étiologie des eschares les différentes théories connues. Nous ne nous étendrons pas sur ce sujet. Que nous importe qu'il y ait des diathèses furonculaires, gangréneuses, ou bien que les eschares soient dues tantôt à un trouble trophique de la moelle, tantôt à des pressions exercées par le corps du malade. L'important est qu'il y ait production de pus et par suite une rémission.

Mais cette suppuration, nous dira-t-on, est l'usure précoce de la paralysie générale (Decorse, *loc. cit.* p. 46). A cela nous répondons avec Zimmermann (*Tr. de l'expérience*, t. I, p. 243): « Il faut décrire les phénomènes tels qu'ils se présentent dans la nature et non tels qu'on les juge. » Or, il résulte de l'expérience que les suppurations amènent des rémissions; donc nous devons non seulement les regarder comme des incidents heureux, mais encore les respecter, et parfois même, comme nous le démontrerons quand nous parlerons du traitement de la paralysie générale, les provoquer. Si c'est là une erreur, et si faute il y a, « *felix culpa*, » dirons-nous avec saint Augustin.

De même que les suppurations, les affections chirurgicales prédisposent aux rémissions. Réfutation des théories erronées. — Ce qui vient d'être dit au sujet des incidents naissant spontanément pourrait être répété pour toute affection provoquée. Les paralytiques généraux sont en effet souvent exposés aux maladies chirurgicales.

M. le Dr Deguise, chirurgien de la maison de Charenton, dans un mémoire (*De quelques maladies du domaine de la chirurgie chez les aliénés* (in *Mémoires de la soc. de chirurgie* t., III, p. 157 année 1853) dit que les fractures des os chez les paralytiques se consolident lentement et souvent même ne se consolident pas. Il ne faut pratiquer d'opérations chirurgicales, chez ces malades, que dans le cas où elles sont d'une nécessité indispensable; car les plaies, accidentelles ou celles qui résultent d'opérations prennent de suite un mauvais caractère, suivent une marche irrégulière; elles fournissent un pus abondant et de mauvaise nature qui épuise promptement les malades et hâte leur mort. Ce tableau est trop sombre, il pourrait à peine s'appliquer aux paralytiques généraux arrivés à la période ultime. Au contraire, et en cela nous sommes de l'avis de la majorité des aliénistes, la guérison des plaies et des blessures est assez rapide chez ces malades.

On a même voulu expliquer ce fait remarquable par la perversion réelle ou apparente de la douleur que l'on trouve chez

la plupart des aliénés quelle que soit la forme de leurs affections mentales. Cela nous paraît superflu, nous nous contentons de consigner ces faits.

M. le D^r Christian, médecin de la maison de Charenton, est aussi de l'avis opposé.

Dans son travail publié (*Traumatisme chez les aliénés* in *Annales médico-psych.*, 1873) il y a environ une douzaine d'années, il faisait remarquer que les lésions traumatiques graves, contrairement à toutes les prévisions, sont relativement fort rares, en ce cas elles guérissent facilement. Cette année même au congrès d'Anvers il a présenté un travail qui est la contre-partie des assertions de M. le D^r Deguise.

Ces études sont basées sur des observations nombreuses et bien prises, tandis que M. Deguise dans son mémoire avance des faits sans citer des observations concluantes. Heureusement qu'il reconnaît qu'il est « un seul cas où l'on obtient toujours un bon résultat de l'instrument tranchant, c'est lorsque, dit-il, il survient des anthrax; c'est chez ces malades une affection très fréquente. Alors, dès le début, de longues et profondes incisions dans la direction du plus grand et du plus petit diamètre de l'anthrax limitent de suite la maladie et hâtent le mode de terminaison de cette inflammation ».

Puis page 156 il reconnaît qu'il a vu guérir des malades couverts d'eschares; à la page suivante il fait remarquer que les plaies de tête guérissent plus vite à cause « de l'excès d'énergie de la circulation vers la tête ». Enfin il finit par dire : « Je terminerai ces réflexions en énonçant que j'ai vu des malades guérir de leur aliénation à la suite de larges et profondes brûlures, de grandes plaies produites par accident ou par des opérations chirurgicales ». Il y a dans ce mémoire des contradictions trop flagrantes pour ne point apercevoir l'exagération d'un tel pessimisme.

M. Decorse, dans sa thèse (*loco cit.*), s'est inspiré du mémoire de M. Deguise et a soutenu les mêmes idées. Voici quelques extraits :

Page 18. « Un malade atteint de paralysie générale a subi l'amputation du pouce droit à la suite d'une plaie ulcéreuse de ce doigt. Cette opération a été, comme presque toutes celles que l'on pratique sur ces malades, suivie de mort. »

Page 23. « Un paralytique général ayant eu par suite de chute une fracture de la jambe a vu son état s'améliorer ».

Remarquons que l'on ne nous dit point à quelle période étaient ces paralytiques généraux. Nous trouvons que sur des faits de ce genre dont la relation est insuffisante, il est peut-être téméraire de conclure. Ce n'est pas sur des faits isolés que l'on peut dire : « *Ab uno disce omnes.* » Nous aurions voulu trouver un grand nombre d'observations détaillées et non quelques faits contradictoires.

Page 19. « On peut déjà conclure des années que nous venons de passer en revue que des abcès, des érysipèles et des eschares, sont les causes ordinaires de mort chez les aliénés, en effet, la plupart sont arrivés au dernier degré de la paralysie générale. »

Page 80. « Les anthrax furonculeux isolés constituent souvent sur les déments paralytiques des maladies de la dernière gravité. »

Page 105. « Il nous a aussi été donné d'observer l'exemple de rémission fort longue dans la marche de la paralysie générale se produisant sous l'influence d'érysipèles phlegmoneux très étendus, sur des escarres qui, au premier abord, paraissaient plutôt devoir marquer le début d'une période de marasme conduisant les malades qui en étaient atteints à une issue rapidement funeste. »

Nous ne voulons pas pousser plus loin ces citations. Je pense que celles-ci suffiront pour démontrer ce qu'elles ont d'insuffisant et de contradictoire. Ceci tient à ce que cette thèse est une étude statistique, un travail d'ensemble sur la chirurgie dans les maladies mentales. La preuve la plus évidente est que malgré les affirmations de l'auteur, il parle peu des paralytiques généraux. Ce qu'il en dit se rapporte à des malades arrivés à la dernière période de la paralysie générale et chez qui les affections incidentes ne produisent pas toujours le résultat voulu. — Or, c'est

grâce à ces mêmes phénomènes qu'il juge très graves, que les rémissions arrivent. Nous avons assez insisté sur ces détails pour ne point y revenir.

Symptômes disparaissent dans la rémission complète. — Ainsi donc à la suite de ces incidents pathologiques aussi multiples que variés, spontanés ou provoqués soit par un acte irréfléchi, soit dans un but thérapeutique, d'autres fois sans causes connues, le paralytique général présente en quelques jours un changement manifeste. — Il se calme, devient réservé, son délire se dissipe, — reconnaît qu'il a été souffrant, demande à voir ses parents, se préoccupe de ses affaires, les reprend, et gère ses intérêts ; son bégaiement est moindre, sa démarche plus assurée, la physionomie meilleure, etc. ; enfin au bout d'un certain temps la rémission est notable. Peu à peu le malade reprend son embonpoint et si les troubles psychiques et somatiques disparaissent, la guérison est un fait acquis. C'est là ce qu'on observe lorsque la rémission est complète.

Symptômes persistent dans la rémission incomplète. — Malheureusement ces cas sont rares et ce qui arrive le plus souvent est que le malade après s'être amélioré, a conservé des symptômes quoique bien amendés de son affection antérieure. Dans ces cas incomplets, le paralytique général est parfois triste, il prend un embonpoint progressif qu'il peut conserver jusqu'à une période très avancée de la maladie quand la rechute est survenue. Il garde en outre ce que M. Morel, de Rouen, appelle le cachet de niaiserie. — Son attitude est lourde ; il a des maux de tête ; apathique et somnolent, on perçoit un léger tremblement des lèvres et sa parole est un peu embarrassée. Les pupilles sont plus ou moins rétrécies ou dilatées inégalement ; affaibli intellectuellement, il est incapable d'un travail sérieux. Ses idées ont peu d'étendue et sa mémoire est affaiblie.

Changeant, mobile, susceptible, imprévoyant, il négligera le principal pour ne s'occuper que de l'accessoire, se laissera circonvenir par son entourage, acceptera des opinions toutes faites. Accessible à la louange, à la flatterie, il se liera avec ses ennemis

et contrairement se fâchera avec les siens, aventurera sa fortune dans de sottes entreprises, hasardera sa signature, répondra d'un insolvable. Ajoutez à cela une dévotion soudaine, des excès, « in venere », un abus immodéré d'alcool, des pleurs faciles, un rire bruyant avec des protestations chaleureuses quand on s'occupera de lui, et vous aurez à peu près le tableau du paralytique général en rémission incomplète.

Nous avons essayé d'esquisser les nombreux troubles soit psychiques, soit somatiques, que peut conserver le paralytique général amélioré; mais il y en a encore une foule que nous passons sous silence et que le malade conserve selon les cas, sa profession, ses relations, etc. Ces signes multiples ont été très bien décrits par M. le Dr Legrand du Saulle dans ses conférences à l'École pratique en 1866.

Quels sont les troubles qui persistent le plus souvent? Recherches personnelles. — Nous croyons inutile de dire qu'il est des cas où ces symptômes sont très restreints, imperceptibles et quelquefois même réduit à un seul selon que la rémission est plus ou moins complète.

Dans ces faits on s'accorde à dire que ce sont tantôt les troubles somatiques qui persistent le plus longtemps et parmi ceux-ci l'embarras de la parole; et cela parce que « les troubles de la motilité sont secondaires et consécutifs aux troubles intellectuels » (Christian *Annales médico psych.* mai 1879); tantôt au contraire le malade garde un certain état infantin. D'autres fois encore, ces signes sont mélangés. Il résulte de tout ceci qu'il n'y a rien de stable. En tout cas voici le résultat de nos recherches personnelles :

Dans deux cas l'amendement était complet, tant pour les troubles psychiques que pour les troubles somatiques;

Dans deux cas ces mêmes troubles étaient presque imperceptibles;

Dans un cas nous avons relevé une croyance excessive;

Dans un autre, de la naïveté;

Dans un autre, des idées sans portée;

- Dans deux, de l'affaiblissement intellectuel ;
- Dans deux, de la tristesse ;
- Dans deux, de la perte de la mémoire ;
- Dans deux, de l'embonpoint ;
- Dans trois, des idées délirantes ;
- Dans deux (après démence, gâtisme, hematome, etc.), de l'amendement des différents troubles psychiques et intellectuels ;
- Dans cinq, un état infantin ;
- Dans six, des troubles pupillaires ;
- Dans dix, de l'embarras de la parole.

Par cet aperçu on peut déduire quels sont les signes qui persistent le plus souvent. Plusieurs de ces signes existaient souvent chez un seul malade.

Pendant combien de temps durent ces signes? — Il nous est plus difficile de dire pendant combien de temps ils persistent parce que nous perdons de vue la généralité des malades sortis en rémission. Cependant nous trouvons dans nos observations quelques exemples dans lesquels les troubles physiques et intellectuels ont toujours persisté, d'autres dans lesquels ils se sont de plus en plus amendés au point de faire croire à leur non-existence.

Quand il survient une rémission, il ne s'ensuit pas que la paralysie générale ait disparu. — Quand ces troubles persistent, devons-nous nier la rémission, devons-nous admettre entre l'état de maladie du paralytique général et sa rémission, une sorte de convalescence qui, pour Pinel, était une nouvelle période dans les affections mentales? Nous n'affirmerons rien à ce sujet. Nous nous contenterons de dire que la paralysie générale ne cesse pas au moment où commence cette amélioration que selon les désirs de chacun on peut appeler convalescence ou rémission. Si les adhérences pleurétiques ne sont pas une pleurésie, il n'est pas permis de dire qu'un seul trouble de paralysie générale persistant ne soit pas la paralysie générale qui suit son évolution fatale.

Pour M. le Dr J. Christian (in *Annales médico-psych.*, 1884,

Des difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale), chaque fois qu'on a affaire à une véritable paralysie générale avec périencéphalite, il est persuadé que la guérison est impossible.

Les trop rares guérisons ne permettent pas de conclure. Dans ces cas peut-être il y a une transformation qui s'opère à notre insu, — et de même « qu'il est un nombre de maladies qui ont une marche aiguë, bien qu'elles appartiennent par leur durée aux maladies chroniques », de même la paralysie générale passant d'une phase bien nette à une autre plus obscure, nous cache le véritable sens qu'on doit donner à ses diverses manifestations.

Que la rémission soit la maladie ou sa guérison, il est patent que le paralytique général subit une amélioration sensible plus ou moins complète pendant laquelle il peut reprendre sa vie antérieure.

Les guérisons ne sont manifestes que lorsque tous les troubles disparaissent. Sans cela surviennent les rechutes, on peut les prévoir. — Quant à nous, nous pensons avec M. le Dr Aug. Voisin (*loc. cit.*, p. 192) qu'un paralytique général ne peut être considéré comme guéri tant que ses manifestations psychiques et somatiques n'ont pas complètement disparu.

Pour ces raisons nous voyons survenir trop tôt les rechutes. On peut les prévoir d'avance quand les symptômes ne s'effacent pas. Nous avons vu plus haut au bout de combien de temps elles surviennent. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet.

On ne peut prévoir les rémissions. Il y a cependant plus de chances dans certaines formes de paralysie générale. — Si les rechutes peuvent être prévues, il ne nous est pas permis de prédire dans l'état actuel de la science une rémission. Nous avons vu que certaines formes expansives ont plus de chances de présenter des rémissions surtout au début de l'affection. Là s'arrêtent les suppositions.

Au bout de combien de temps surviennent les rémissions? Recherches personnelles. — Nous avons cherché à connaître au bout de

combien de temps survenaient les rémissions. Pour Esquirol, ainsi que nous l'avons relaté dans la partie historique, il se fait toujours une rémission après le premier mois de toute maladie délirante. Le début de la paralysie générale n'est pas toujours connu, sa période prodromique est souvent fort longue, obscure, incertaine; quoi qu'il en soit, voici par notre observation personnelle les résultats auxquels nous sommes arrivé.

Nous avons relevé sur vingt-quatre cas :

1	période prodromique	quelques mois	période d'état	4 mois
2	—	2 ans	—	3 mois
3	—	3 mois	—	2 mois
4	—	16 mois	—	8 mois
5	—	de 7 ans à 6 mois	—	2 mois
6	—	pas de renseignements	—	4 mois
7	—	d°	—	3 mois
8	—	4 mois	—	2 mois
9	—	plus de 2 ans	—	6 mois
10	—	18 mois (?) 3 ans	—	2 mois
11	—	de 13 ans à 1 mois	—	8 mois
12	—	2 ans	—	4 mois
13	—	plus d'un an	—	3 mois
14	—	18 mois	—	6 mois
15	—	4 ans	—	5 mois
16	—	(?)	—	3 mois
17	—	(?)	—	8 mois
18	—	(?)	—	17 mois
19	—	3 semaines	—	1 an
20	—	7 ans	—	10 mois
21	—	plus d'un an	—	11 mois
22	—	3 ans	—	2 mois
23	—	3 ans	—	3 mois
24	—	plusieurs mois	—	3 ans

On voit par ce tableau que la période prodromique ne présente rien de fixe, elle peut varier entre sept ans (13 ans?) et trois semaines (?) ou deux mois. Nous avons plus de certitudes pour ce qui est de la période d'état; une fois la paralysie générale confirmée, la rémission peut arriver entre le premier mois et la troisième année.

A la période d'état de la paralysie générale, la rémission

dans 4 cas est survenue après 4 mois

— 4	—	—	2	—
— 5	—	—	3	—
— 2	—	—	4	—
— 4	—	—	5	—
— 2	—	—	6	—
— 3	—	—	8	—
— 4	—	—	10	—
— 4	—	—	11	—
— 4	—	—	12	—
— 4	—	—	17	—
— 4	—	—	36	—

Les cas les plus nombreux survenant entre le premier et le dixième mois, nous pouvons dire que la moyenne des rémissions survient entre ces deux nombres. Mais de là à conclure il y a loin. Nous classons des faits, notre prétention ne va pas plus loin. On sait ce que valent les statistiques.

Les rémissions reculent le terme de la paralysie générale. — Suivant leur époque et leurs connaissances, MM. Bayle, Calneil, Parchappe, Foville, Marcé, Luys, A. Foville, Aug. Voisin, Krafft-Ebing, Simon, Crichton-Browne, Shankey, Hanwell, Mendel et tant d'autres, ont assigné une durée plus ou moins longue à la paralysie générale. Les rémissions, pensons-nous, peuvent en reculer encore la limite. La preuve d'une telle affirmation se trouve dans les observations si nombreuses des docteurs Ferrus, Baillarger, etc.

Après les rémissions, les rechutes précipitent-elles la fin de la paralysie générale. — *Recherches personnelles.* — On a dit qu'à la suite des rémissions les rechutes précipitaient le terme de la paralysie générale. Ceci nous semble peut-être exagéré. En effet, voici ce que nous relevons dans nos observations personnelles.

Deux malades après leur rechute ont été retirés de notre service en assez bon état. L'un après trois mois, l'autre après deux mois, n'ont présenté aucun symptôme d'un augure fâcheux pour le terme de leur maladie.

Actuellement nous avons dans notre service un malade dont la rechute remonte à un an environ et qui se porte très bien.

Un malade un mois après sa sortie a eu une rechute et s'est suicidé. Son état physique était excellent.

Un malade est mort dans le marasme sept mois après sa rechute ; un autre, huit mois après, par suite d'attaques épileptiformes.

Un malade après une rechute est mort dans le marasme un an après, un autre après seize mois.

Un autre malade deux ans après la rechute est mort d'attaque apoplectiforme.

Un autre, deux ans et quatre mois après la rechute, d'attaques épileptiformes.

Un autre a eu une première rechute d'une durée d'un an, puis une seconde de trois ans. Il est mort d'attaque apoplectiforme.

Un autre a eu une rechute qui a duré un an, puis est survenue une deuxième rémission. Il est sorti sept mois après dans un très bon état physique et intellectuel.

Nous ne voulons pas pousser nos investigations plus loin, et nous constatons que dans nos observations la mort après la rechute a varié entre sept mois et trois ans.

Rémission chez les paralytiques généraux héréditaires. — Influence de l'hérédité sur les rémissions. — Opinions diverses. — Recherches personnelles. — On a dit encore : l'hérédité et certaines tares organiques semblent jouer une influence heureuse sur la marche de la paralysie générale.

Voyons quel est le résultat de nos études et de nos recherches.

Les maladies mentales, pensait Heinroth, sont « le châtiment du péché et la juste punition de ceux qui ont déserté les voies du Seigneur. » Les tendances positives de notre siècle et de notre école ont fait justice de l'enseignement mystique d'outre-Rhin. La théorie anti-héréditaire de ce médecin théologien est aujourd'hui une curiosité historique ; de nos jours on croit que

la paralysie générale obéit aux grandes lois pathologiques et dans quelques cas relève de l'hérédité, tout comme les diathèses.

MM. Calmeil, Dagonet, Marcé, etc., pensent que l'hérédité joue un rôle important dans la production de la paralysie générale. Parmi les parents des paralytiques généraux, on rencontre des cas de paralysie générale ou d'autres formes de l'aliénation. Dans sa thèse, M. Doutrebente reconnaît le fait, mais il se demande si on doit le considérer comme une coïncidence : « Y a-t-il là un rapport de cause à effet? » L'opinion de M. le Dr Marandon de Montyel, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Toulouse (in *Annales méd.-psych.*, 1878, 5^e série, tome XX, p. 333 à 339. *De la marche de la paralysie générale progressive chez les héréditaires*), est qu'on trouve parfois des paralytiques ayant ou ayant eu des aliénés dans leur famille.

Des psychiatres très distingués ont affirmé que « l'influence de l'hérédité se fait peu sentir sur l'évolution de la paralysie générale, et n'apporte pas d'obstacle à sa guérison. » M. le Dr Lionnet, entre autres, prétend que les rémissions seraient le privilège des formes héréditaires de la paralysie générale; chez ces paralytiques généraux la marche de la maladie est plus lente. Chez les paralytiques généraux héréditaires, l'affection peut durer de dix à vingt-cinq ans, pense encore M. le Dr Doutrebente, (in thèse, p. 170). Contrairement à cet avis, M. le Dr Marandon de Montyel nous dit (*loc. cit.*, p. 337) : « Pour nous, le pronostic de la maladie est en raison directe de l'hérédité. Plus l'une est prononcée et s'est fait sentir de meilleure heure, plus l'autre est grave et sérieux. En face d'un aliéné héréditaire qui guérit, il est permis, à notre avis, de rester sceptique et de prévoir une rechute. » Il appuie ses dires sur trente et quelques observations. Dans les observations XII et XV, les rémissions surviennent moins de deux ans avant l'invasion de la paralysie générale; dans les observations XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXIX, la rémission eut lieu après plus de dix ans après le début de la paralysie générale; dans l'observation XXXII, prise par l'interne du ser-

vice, M. Th. Nole, le malade, un cocher, sortit avec des troubles somatiques et il continua à exercer sa profession.

Ces observations, ces opinions si contraires, si vaillamment défendues de part et d'autre, ne nous permettent pas de nous décider, voyons donc si de nos faits personnels il nous est possible de tirer une conclusion.

L'hérédité ne semble pas avancer les rémissions. — Le premier fait qui nous ait frappé d'étonnement, c'est celui-ci : en général, chez les héréditaires aliénés, les troubles mentaux et autres se font sentir de bonne heure et les diverses phases de leur affection évoluent plus rapidement que d'ordinaire. On dirait que ces malades ont hâte d'arriver au terme de leur maladie. Conséquemment, nous déduisons que la paralysie générale et ses rémissions devraient survenir plus tôt chez les malades paralytiques généraux dont l'hérédité est bien démontrée.

Or, voici ce que nous avons personnellement observé :

Sur huit cas d'hérédité bien avérée, la paralysie générale étant manifeste à l'âge de

39 ans, la rémission survint	3 mois après.
46 — — —	2 —
45 — — —	3 à 4 —
39 — — —	3 à 4 —
34 — — —	3 à 4 —
40 — — —	3 à 4 —
32 — — —	2 —
43 — — —	4 —

La période d'état évoluait chez ces malades entre trente-deux et quarante-six ans, la rémission survenait deux à quatre mois après.

Le deuxième de ces malades était en plus un syphilitique ;

Le troisième et le dernier étaient des alcooliques.

Nous ajoutons ces détails parce que, dit-on, les excès de toute sorte, la syphilis, etc., font éclater plus tôt encore les accidents de la paralysie générale. Ces adjuvants dont nous apprécierons bientôt la valeur, serviraient pour ainsi dire de combustible.

Sur neuf cas d'une hérédité incertaine, nous avons trouvé

La période d'état à 37 ans, la rémission			4 mois après.
—	35	—	3 à 4
—	49	—	3 à 4
—	44	—	3 à 4
—	52	—	5
—	49	—	8
—	50	—	9
—	46	—	11
—	30	—	3 ans après.

Dans ces cas, la paralysie générale avait éclaté entre trente et cinquante-deux ans, la rémission survint entre un mois et trois ans.

Le premier de ces malades avait commis des excès d'alcool, *in venere*, était syphilitique probablement;

Le huitième, excès *in venere*;

Le neuvième était un fils naturel ayant probablement commis toutes sortes d'excès à l'étranger.

Par contraste, nous plaçons en regard six cas dans lesquels l'hérédité n'existait pas :

Période d'état 35 ans, rémission 3 mois après.

—	51	—	2	—
—	49	—	4	—
—	47	—	5	—
—	32	—	5	—
—	35	—	4	—

Le premier et le cinquième de ces malades étaient alcooliques ;

Le dernier était syphilitique ;

Le troisième avait fait des excès d'étude.

Ici la période d'état évoluait entre trente-deux et cinquante et un ans, la rémission avait lieu de un à cinq mois après.

Si on compare ces nombres entre eux, on trouve les moyennes suivantes :

Héréditaires,	période d'état 32 et 46	rémission 2 à 4 mois après.
Hérédité incertaine,	— 30 et 52	— 4 à 3 —
Pas d'hérédité,	— 32 et 51	— 4 à 5 —

Les rémissions sont plus fréquentes chez les paralytiques généraux héréditaires. — Ces chiffres ne nous permettent pas de conclure. Cependant s'il est évident qu'il y a plus de cas de rémissions chez les paralytiques généraux où l'on trouve des antécédents mentaux, nous ne pouvons pas dire que cette hérédité précipite les événements, et en cela l'hérédité ne se conforme pas aux règles générales.

Les rémissions, les rechutes se suivent, se renouvellent plus souvent chez les paralytiques généraux héréditaires. — Un autre point qui nous a paru avoir son importance est de savoir, la durée de la paralysie générale étant connue, si les rémissions, les rechutes sont plus fréquentes chez les ou les non héréditaires paralytiques généraux et si leur fin survient plus tôt que dans les autres cas.

Sur sept cas d'hérédité bien avérée, nous avons trouvé :

Durée de la p. gén.	3 ans	4	rémission	1	rechute.	Mort.
—	4 ans 7 m.	2	—	2	—	Mort.
—	5 ans	—	2	—	4	Sorti en rémission.
—	3 ans	—	4	—	4	Démence.
—	4 an	—	4	—	0	Sorti en rémission.
—	3 ans 2 m.	4	—	0	—	Mort.
—	3 ans 3 m.	4	—	0	—	Sorti en rémission

Le premier malade était en même temps un syphilitique;

Le deuxième un alcoolique;

Le troisième avait eu une jeunesse dissipée;

Le quatrième était alcoolique et avait eu une jeunesse dissipée;

Le cinquième était à la fois alcoolique et syphilitique;

Le septième était alcoolique et avait eu un érysipèle de la face;

Sur huit cas d'hérédité incertaine nous relevons :

Durée	2 ans	4	rémissions	3	rechutes	(Fin ?)
—	2 ans 4 mois	4	—	4	—	Mort.
—	5 ans	4	—	4	—	Mort.
—	quelques mois	4	—	0	—	Sorti en rémission.
—	un an (?)	4	—	4	—	Mort.
—	21 mois	4	—	0	—	Sorti en rémission.
—	2 ans 6 mois	4	—	4	—	Mort.

Nous n'avons pas eu de renseignements sur la plupart de ces malades.

Sur trois cas de paralysie générale non héréditaire, nous avons trouvé :

Durée 5 mois,	1	rémission,	0	rechute	sortie en rémission
— 13 ans à 9 mois, 1	—	0	—	—	—
— 4 ans 5 mois (?) 1	—	0	—	—	—

Donc, dans les cas observés par nous, nous trouvons des rémissions et des rechutes plus fréquentes chez les héréditaires; la fin semble identique chez tous les paralytiques généraux.

La rémission semble être survenue chez ces différents malades, héréditaires ou non, après un temps assez égal.

Pour ne pas trop surcharger notre texte de détails inutiles, nous ne produisons pas de chiffres.

Chez les héréditaires, les rémissions les plus fréquentes surviennent sans causes. — Enfin nous avons trouvé dans nos recherches et observations personnelles que les rémissions chez les héréditaires sont survenues plus souvent sans causes connues que par suite de suppurations ou de maladies incidentes. Dans les cas avérés d'hérédité nous trouvons quatre ou cinq rémissions survenues progressivement sans aucun incident manifeste, et la moitié seulement par suite de suppurations.

Ce fait est surtout remarquable dans la paralysie générale à double forme dont le caractère principal est d'être essentiellement héréditaire.

Rémissions dans la paralysie générale à double forme. — Observations. Travaux divers. — Conclusions. — Non seulement on observe plus souvent des rémissions chez les héréditaires, mais encore la paralysie générale peut devenir alternante et présenter des types de double forme. Ces paralytiques généraux à double forme présentent le caractère de l'hérédité comme dans les doubles formes ordinaires. Le cycle fini, la folie réclame d'une façon brusque ou lente sa phase plus ou moins longue.

Pour cette dernière raison, M. le Dr Doutrebente pense (*in thèse, loc. cit.*) que lorsque la paralysie générale survient chez un héréditaire, celui-ci conserve ses tendances premières à la périodicité et à la chronicité.

Telle est encore l'opinion de M. le Dr Christian (in *Annales médico-psych.*, 1885, tome II, p. 223).

M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la maison de Charenton, dans son remarquable *Traité clinique de la folie à double forme*, paru en 1883, a très bien décrit dans son chapitre VIII (p. 305 et suivantes) la folie paralytique à double forme. Nous lui emprunterons de nombreux et intéressants détails.

« Dans la paralysie générale confirmée, les symptômes psychiques se présentent quelquefois sous la forme circulaire. On voit alors se succéder de véritables périodes de dépression mélancolique ou hypochondriaque et d'excitation avec délire ambitieux. » (Ant. Ritti. *loc. cit.*, p. 305.)

Bayle (in *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*. Paris, 1826, *passim*) et Calmeil (*De la paralysie générale considérée chez les aliénés*. Paris, 1826, *passim* et *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859, *passim*) citent de nombreuses observations; mais MM. Baillarger et Falret sont ceux à qui revient le mérite d'avoir constitué une espèce morbide nouvelle et fait connaître ses symptômes et sa marche.

Dans la fameuse discussion sur la paralysie générale (*Annales médico-psych.*, 1858 et 1859, 3^e série, tomes IV et V) MM. Baillarger, Brierre de Boismont, Pinel neveu citèrent des cas. M. Brierre de Boismont dit que, sur cent cas, cette espèce se montra douze fois, mais à des degrés plus ou moins prononcés.

Depuis M. Geoffroy, dans sa thèse de la folie à double forme, M. le Dr Fabre (*Folie paralytique circulaire* in *Annales méd.-psych.*, mars 1874) dans son travail et dans celui de M. le Dr Espiau de Lamaestre (*De la paralysie générale à double forme* in *Compte rendu sténographique du congrès international de médecine mentale* de 1878) ont parlé de cette espèce.

La paralysie générale à double forme présente des périodes d'excitation avec idées de grandeurs, etc., et des périodes hypochondriaques, de dépression, etc. il faut ajouter les troubles somatiques aux nombreux symptômes psychiques; *quelquefois il y a une période de rémission.* « Mais dans les nombreuses

observations que nous avons lues elles semblent être le fait du type double forme que de l'arrêt de la marche des symptômes paralytiques. Du reste ils surviennent sans aucune cause apparente. Jamais, jusqu'à présent du moins, dans les faits connus par nous, après une maladie intercurrente ou une suppuration, un abcès, etc. » (Ant. Ritti, *loc. cit.*)

Ces rémissions sont presque toujours incomplètes; ainsi dans une observation de M. Espiau de Lamaestre (*loc. cit.*, in *Compte rendu du congrès de médecine mentale*, p. 433) et citée par M. le Dr Ritti (p. 309 et suivantes, in *Folie à double forme*), un malade, après avoir traversé une courte phase de quasi-rémission, a présenté une nouvelle aggravation de son état. Plus loin, dans une autre observation de M. Espiau de Lamaestre (*loc. cit.* p. 135) citée encore par Ritti (p. 322 et suivantes, *loc. cit.*), un malade, après une période d'excitation maniaque, a une courte phase de rémission incomplète. Cette rémission est survenue spontanément sans cause appréciable. A la page 326 du livre du Dr Ritti, il cite une observation empruntée au Dr Fabre (*loc. cit.*, p. 207) dans laquelle on constate chez un malade l'existence de trois périodes : au début agitation, puis une période de rémission; et enfin une période dépressive qui aboutit à une attaque congestive. L'observation s'arrête là. Il s'agit là peut-être d'une folie paralytique à triple phase; mais comment est survenue cette prétendue rémission? Page 329, toujours dans l'ouvrage du Dr Ritti, il cite une autre observation du Dr Fabre (*loc. cit.*, p. 209), comme dans le cas précédent, il s'agit d'un fait analogue, considéré comme une observation de folie paralytique à triple phase.

On peut voir par là qu'il s'agit de rémissions sans causes connues; la marche de l'affection présente plutôt trois phases qu'une véritable rémission.

« Le pronostic des paralytiques à double forme, dit M. E. de Lamaestre, est toujours grave, mais il l'est moins, eu égard à la durée de la maladie; car, chose bien remarquable, c'est au moment où l'on croit que les malades vont succomber par épuise-

ment, qu'il s'opère tout à coup chez eux une transformation dans laquelle les malades semblent puiser de nouvelles forces, et, contrairement à toute attente, ils peuvent vivre encore plusieurs mois, ainsi que le prouvent les observations, où, pendant la période maniaque, nous avons vu les malades réparer par une alimentation très abondante les pertes occasionnées par l'alimentation insuffisante de la période mélancolique.

« Enfin, une autre cause qui fait que la durée de la maladie peut se prolonger un certain temps, c'est que les accidents cérébraux, à invasion subite et à marche rapide, sont moins à craindre ici que dans les autres espèces de paralysie générale. » (*Loco citato*, p. 138.)

En somme on voit que le pronostic est moins fatal, — on peut classer ces rémissions comme un événement de bon augure.

Comme étiologie, « on est très porté à admettre que, de même que la folie à double forme idiopathique est essentiellement héréditaire, de même aussi on devra trouver l'hérédité comme source de l'alternance des symptômes d'excitation et de dépression, dans la folie paralytique circulaire » (*loc. cit.* p. 377, Ritti). — Une observation de M. le Dr Doutrebente (*Des différentes espèces de rémissions qui surviennent dans le cours de la paralysie générale progressive.* — Paris, 1878, p. 25) semble démontrer ce fait.

Dans notre partie historique, nous avons rapporté un cas de M. Renaudin, curieux en ce que les rémissions coïncidèrent avec les saisons tempérées.

Personnellement nous n'avons pas observé durant nos études des cas bien nets de paralysie générale à double forme. Nous n'en citerons donc pas. Dans ce travail nous ne pouvions pas passer sous silence ces accalmies survenant dans ces sortes de paralysie générale. Notre devoir était d'en faire ressortir LEUR CÔTÉ INCOMPLET, LEUR CAUSE INCONNUE, LEUR HÉRÉDITÉ, LEUR FRÉQUENCE, et surtout LA LONGUEUR de la maladie. Mais pour arriver à une conclusion définitive, de nouvelles observations sont nécessaires; telle est encore l'opinion de M. le Dr Ant. Ritti, expo-

sée de nouveau, tout récemment, en 1885, dans son article *Paralyse générale* du *Dictionnaire des sciences médicales* fait avec la collaboration de M. le D^r J. Christian (p. 4, t. XXII).

Rémissions dans les pseudo-paralysies générales alcoolique, syphilitique, etc. — Opinions diverses. Conclusions. — Nous avons trouvé dans les antécédents des paralytiques généraux des tares organiques acquises, et parmi celles-ci l'alcool, la syphilis, sont en plus grande quantité. Nous n'avons pas à envisager si ces dernières sont la cause ou non de la paralysie générale. Ce qui est certain, c'est que dans les renseignements des paralytiques généraux, nous avons constaté dans :

- 8 cas, l'alcoolisme;
- 4 — la syphilis;
- 3 — les excès vénériens;
- 1 — une insolation;
- 1 — les chagrins;
- 2 — les contrariétés;
- 1 — la fièvre typhoïde et une congestion cérébrale;
- 1 — un érysipèle de la face, etc., etc.

Nous pourrions continuer, mais nous préférons nous en tenir à une vingtaine d'observations prises au hasard. Sur ce nombre on voit l'alcool et la syphilis figurer la majeure partie du temps; ce qui faisait dire au D^r Renaudin (*loc. cit.*, p. 179) : « C'est dans la classe des ivrognes que se recrute principalement la paralysie générale. »

Dans nos observations personnelles, chaque fois que l'alcool et la syphilis seuls existaient comme antécédents, la rémission est survenue.

Sur les cas précédents, dans quatre observations, nous relatons seulement des excès alcooliques; dans le premier cas, il survint au bout de six mois une rémission, le malade se suicida un mois après; dans le deuxième cas, le début remontait à sept ans et demi, la rémission étant survenue, le malade partit; dans le troisième cas, le malade partit en rémission au bout de deux ans;

dans le quatrième cas, le malade sortit en rémission après sept ans et dix mois de maladie.

Dans une observation où le malade était syphilitique et n'avait aucun autre antécédent pathologique, la rémission survint après vingt-deux mois, le malade partit.

Pour ces motifs, nous dirons avec M. le Dr Marcé : les rémissions sont plus fréquentes quand on observe chez les alcooliques des symptômes paralytiques. Il n'y a rien d'impossible, en effet, que des sujets manifestement alcooliques, syphilitiques, etc., deviennent des paralytiques généraux et conséquemment présentent des rémissions plus fréquentes.

Esquirol, Bayle, Calmeil, plus tard Marcé ont admis l'alcool comme cause possible de la paralysie générale. Si beaucoup de contemporains ont adopté cette manière de voir, l'opinion contraire a été soutenue vigoureusement par MM. Lasègue, Falret, Ball, etc. Ce dernier auteur dit (*loc. cit.* p. 765) : « Les cas dans lesquels on a cru trouver dans les excès alcooliques l'origine de la maladie sont des erreurs de diagnostic. »

Lasègue (in *Arch. gén. de médecine*) dans le compte rendu du livre *Alcoholismus chronicus*, von Dr Magnus Huss, Stockholm, 1852, a fait suivre le compte rendu de quelques pages de diagnose différentielle (de la paralysie générale alcoolique) pleines d'intérêt, puisées dans ses propres observations.

En 1853, le Dr Jules Falret dans sa thèse (*loc. cit.* p. 111) nous dit : « Les paralysies alcooliques n'ont ni la même marche ni la même gravité que la paralysie générale des aliénés. En effet, elles sont intermittentes, guérissent souvent rapidement par la simple privation des boissons. » Elles sont guérissables tandis que les agents thérapeutiques eux-mêmes, comme nous le verrons, ne guérissent pas la paralysie générale.

M. le Dr Jules Falret a très bien établi le diagnostic différentiel. Dans l'alcoolisme, le tremblement débute par les extrémités, le contraire a lieu dans la paralysie générale.

D'après le Dr Christian (*Nouvelles Recherches de la nature de la paralysie générale des aliénés* in *Annales médico-psych.*, t. I,

p. 416, 1879) le tremblement fibrillaire disparaît vite chez l'alcoolique. Dans la paralysie générale, quand il y a rémission, le tremblement est le symptôme qui disparaît le premier et dès qu'il a disparu la parole redevient nette.

Les signes psychiques chez l'alcoolique se traduisent par des craintes, des frayeurs, etc., etc.; chez le paralytique général, on rencontre au contraire la satisfaction, etc., etc. De même que les symptômes la marche diffère. Malgré cela, M. le professeur Ball nous dit dans sa 34^e leçon (p. 680) : « Le diagnostic différentiel entre l'alcoolisme et la paralysie générale est l'une des questions les plus difficiles parmi celles que les aliénistes sont appelés chaque jour à résoudre. » Chez ces malades manifestement alcooliques, quelquefois en effet l'affection cérébrale revêt le masque de la paralysie générale. Pour cela, un auteur allemand, Hoffmann, avait appelé ces cas : « pseudo-paralysies potu. » Nasse en 1870 (in *Irrenfreund pseudo-paralysie a potu*) appela aussi l'attention sur des cas d'alcoolisme offrant des symptômes physiques et psychiques de la paralysie générale seulement curables par la boisson. En 1881, M. Moreaux nous dit que la paralysie générale alcoolique présente une marche toute particulière par la fréquence et la netteté des rémissions, etc. (page 282).

La même année, M. le Dr Lacaille dans sa thèse (*Pseudo-paralysie générale alcoolique*) a traité le même sujet et conclut à peu près dans les termes ci-dessus énoncés.

Il ne faut donc pas confondre le délire alcoolique avec le délire maniaque de la paralysie générale. Pour certains même, ce seraient ces prétendues paralysies générales qui guérissaient. Pourtant le diagnostic devient plus délicat quand le paralytique général à la période prodromique de son affection s'est livré à des excès de boisson. Deux délires se superposent, mais si on se donne la peine d'attendre quelques jours les symptômes alcooliques disparaissent, il ne reste plus que la paralysie générale.

Esquirol, Calmeil, etc., avaient encore établi une corrélation de cause à effet entre le mercure, le plomb et la paralysie générale.

Le Dr Tanquerel des Planches signala l'embarras de la parole dans l'encéphalopathie saturnine.

M. Delasiauve dans un article paru dans les *Annales médico-psychologiques* de 1851, a également cherché à diviser la paralysie générale d'après ses causes et a créé une variété saturnine. Le Dr Desauges, en 1857, rapprocha la paralysie saturnine de la paralysie générale des aliénés. Dans son ouvrage classique, M. le Dr Dagonet nous dit (*loco citato*, p. 344) : « Les paralysies saturnines s'accompagnent quelquefois aussi d'embarras de la parole, d'une faiblesse extrême du système musculaire; mais on observe en même temps, avec l'absence des désordres intellectuels, le liséré blanchâtre des gencives, des vomissements, des coliques, la teinte de la peau, etc. D'autres fois, enfin, on voit se manifester l'affaiblissement des facultés intellectuelles. »

Enfin, le Dr Régis dans un mémoire paru dans les *Annales médico-psychologiques* de l'année 1880 (*De l'encéphalopathie saturnine dans ses rapports avec la paralysie générale progressive*) décrit les symptômes propres à l'empoisonnement par le plomb (le liséré, le manque d'inégalité pupillaire, etc.); avec l'éclat brusque des troubles cérébraux disparaissant au fur et à mesure que le poison est éliminé. Ce processus pathologique fut désigné sous le nom de pseudo-paralysie saturnine.

On a eu des idées analogues pour ce que l'on a appelé pseudo-paralysie générale syphilitique. — M. le professeur A. Fournier (in la *Syphilis du cerveau*. Paris, 1879, p. 333) l'a très bien décrite. Il a fait ressortir le diagnostic différentiel consistant en accidents antérieurs, et accidents (par suite de tumeurs, gommés, etc.) localisés pour la pseudo-paralysie générale syphilitique, et par contre les lésions diffuses et signes généralisés de la vraie paralysie générale.

On pourrait classer encore parmi les pseudo-paralytiques généraux; nous disent les docteurs Christian et Ritti dans leur article *Paralysie générale* du *Dictionnaire des sciences médicales*, p. 10, les cas signalés et décrits pour la première fois par

M. Baillarger sous le nom de folie congestive. Il en est de même d'autres états pathologiques présentant quelquefois des analogies avec la paralysie générale des aliénés, mais ici le diagnostic devient plus aisé. Nous voulons faire allusion aux traumatismes, aux hémorrhagies cérébrales, aux ramollissements du cerveau, les tumeurs de l'encéphale, les méningites (Beau), les maladies de la moelle (Hubert Rodrigues) et les paralysies nerveuses, épilepsie, hystérie, chorée, etc. Nous n'insisterons pas. On trouvera ces diagnostics dans les ouvrages de Beau, Hubert Rodrigues, etc., et dans les observations de la thèse du Dr Jules Falret, etc., etc.

Ce que nous voulons bien faire observer, c'est que toutes ces pseudo-paralysies générales ne présentent pas les lésions cérébrales constantes de la paralysie générale des aliénés. En somme ce n'est point là la paralysie générale classique, progressive et fatale, « mais un état cérébral qui tout en présentant le complexe symptomatique de cette affection, sa physionomie intellectuelle et somatique, a une marche, des allures et un dénouement bien différents, à ce point qu'on est forcé de convenir qu'il ne s'agit pas là de la véritable paralysie générale, mais d'une pseudo-paralysie générale.

Quant à la paralysie générale vraie, ses causes réelles nous échappent et son étiologie est des plus obscures » (Régis, in *Traité élémentaire des maladies mentales*, 1885). Comme appui à cette manière de voir, nous terminerons par quelques lignes empruntées aux conclusions de la thèse du Dr J. Falret (*loc. cit.*, p. 131).

« Si par le mot paralysie générale on entend désigner une maladie, caractérisée par d'autres phénomènes en même temps que par les symptômes de paralysie, il n'y en a jusqu'à présent qu'une seule dont l'existence soit scientifiquement démontrée.

« Si au contraire on ne désigne sous ce titre qu'un symptôme, pouvant survenir dans des maladies diverses, ce n'est plus seulement deux espèces de paralysies générales qu'il conviendrait d'admettre, mais un grand nombre, puisque le symptôme peut

se produire dans beaucoup de maladies, et qu'il existe par exemple des paralytiques généraux apoplectiques, épileptiques, saturnins, alcooliques et atrophiques. »

De tout ce qui précède nous concluons :

1° Toutes les fois que l'on observe des antécédents alcooliques, syphilitiques, etc., la paralysie générale présente des rémissions très fréquentes;

2° Les pseudo-paralysies générales alcooliques, syphilitiques, saturnines, etc., ont pour caractères communs d'être essentiellement curables ou tout au moins susceptibles d'amélioration.

Nous avons rapporté des observations personnelles qui semblent confirmer le premier point; quant au second il est en dehors de notre cadre; il ne s'agit pas là de vraie paralysie générale. Aussi nous ne rapporterons à ce sujet aucune observation. Seulement lorsque nous traiterons du traitement de la paralysie générale, nous ferons voir que quelques prétendues guérisons ne sont que des pseudo-paralysies alcooliques, etc.

Nous ne parlerons pas de la paralysie générale pellagreuse qu'ont décrite MM. Brierre de Boismont (dans son voyage d'Italie en 1830) et Baillarger. Ces auteurs et la plupart des aliénistes considèrent comme une coïncidence la simultanéité de la paralysie générale et de la pellagre chez un même sujet; aussi ne chercherons-nous même pas à savoir si ces cas présentent des accalmies. Du reste cette question est assez mal connue, on nous saura gré de n'en point parler. En outre, nous croyons inutile de dire que la pellagre étant une affection étrangère à notre milieu nosocomial, il ne nous a pas été donné d'en observer aucun fait; par conséquent nous méconnaissions ses rémissions dans les cas de complications paralytiques.

Rémissions dans la paralysie générale chez les femmes. — Nous ne voulons point terminer cette étude sans parler des rémissions dans la paralysie générale chez les femmes.

Dans notre partie historique, nous en avons rapporté quelques exemples.

Personnellement il ne nous a pas été permis d'en recueillir des observations et cela pour les raisons suivantes :

Le manicomie où nous remplissons les fonctions d'interne, possède surtout, comme on l'observe généralement, des paralytiques généraux hommes. Les paralytiques généraux femmes sont en minorité et affectent suivant la règle presque toutes la forme démente. Leur délire, si bien décrit par M. le Dr Régis (*De la paralysie générale chez la femme*. Paris, 1882, p. 12), est de courte durée et les troubles somatiques s'accroissent de plus en plus. Or la démence présente peu de rémissions, cependant nous avons cité dans le cours de cette étude cette malade, dont parlent MM. Christian et Ritti dans l'article *Paralysie générale* du *Dictionnaire des sciences médicales* (p. 759, vol. XXI, 2^e série), qui à la suite d'une attaque apoplectiforme put se lever, marcher, présenta un délire de grandeurs manifeste et succomba huit mois plus tard.

Si la paralysie générale affecte chez la femme presque invariablement la forme démente, en revanche cette démence est d'une durée très longue; d'après Mendel elle serait de quatre ans en moyenne (*Die progressive paralysie der Irren. Eine monographie*, 1880). Le Dr Lunier a rapporté dans les *Annales médico-psychologiques* (1877, p. 426) le cas d'une femme de l'asile de Blois chez laquelle la démence paralytique datait de plus de vingt ans. Nous sommes loin de la durée moyenne (trois à cinq ans) des diverses périodes de la paralysie générale chez l'homme.

En présence de ces faits est-il permis de croire que cette démence équivaut à une rémission même très incomplète? Assurément non. Bien qu'inoffensives et pouvant être conservées sans grand inconvénient dans leurs familles, ces malades sont réduites à une vie végétative ne pouvant en rien être comparée à celle des sujets en rémission.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Celui qui établit par de bonnes observations la cure des maladies les plus communes fait beaucoup plus pour la société que celui qui s'attache aux observations peu fréquentes, précieuses sans doute dans une collection académique, mais de peu d'usage dans la pratique.

(ZIMMERMANN. — *Tr. de l'expérience*, t. I, p. 243.)

Parvenu au terme de la seconde partie de cette étude, nous voulons la compléter par la publication de nos observations personnelles sur lesquelles repose tout ce que nous venons d'exposer.

En conséquence, nous diviserons en deux classes bien tranchées les observations qui vont suivre :

1° Rémissions par calme progressif ;

2° Rémissions après suppurations et maladies incidentes.

RÉMISSIONS PAR CALME PROGRESSIF.

OBS. I. — *Paralytie générale. — Délire ambitieux. — Troubles somatiques. Rémission. — Suicide.*

F..., trente-cinq ans, célibataire, lieutenant au 82^e d'infanterie, entre le 2 septembre 1879, a séjourné un mois au Val-de-Grâce.

Excès de boissons, — démarche lente, — parole embarrassée, — pupilles dilatées, inégales, — mémoire perdue, — notion du temps pervertie. — Délire érotique, — veut épouser en même temps la vicomtesse de B... et la fille de son colonel. — Écrit des lettres à ses anciennes maîtresses. — Expressions ordurières. — Dessins érotiques. — Écriture tremblée, mots oubliés, fautes d'orthographe.

Larroque

Septembre. — Agitation, — veut se sauver, — gâlisme, — masturbation, — idées d'ambition.

Octobre. — Calme relatif, — ne gâte plus, — légère congestion, — tentative d'évasion, — force au dynamomètre D. 51. — G. 32. — Idées de richesses.

Novembre. — Tranquille, travaille, raisonne, troubles somatiques persistent.

Décembre. — Plus d'idées délirantes, — pupilles inégales, parole moins embarrassée, — rémission, — sortie.

Dans le *Temps* du 24 janvier 1880, on lit : M. le lieutenant F..., du 82^e de ligne, etc., en convalescence à Valence, s'est, dans un accès de folie, coupé la gorge avec un rasoir.

Obs. II. — *Méningite grave. — Phtisie. — Délire ambitieux. — Troubles somatiques. — Rémission.*

R..., trente-neuf ans, marié, négociant, entré le 5 décembre 1880.

Père bizarre, — alcoolique, mort de maladie du foie. — Frère et sœur morts phtisiques.

R... a eu à neuf ans une méningite grave et depuis a toujours toussé. — Fatigues, — déceptions, — malaises, insomnies depuis deux ans.

Au printemps dernier, idées gaies de grandeur; impérieux, s'excite on ne satisfait ses caprices, etc. — Crédulité excessive, satisfaction personnelle. — Idées sans portée, parole un peu hésitante. Son état s'améliore sans cause aucune, il sort le 26 février 1881.

Obs. III. — *Chagrin violent. — Troubles somatiques. — Idées de richesses et de grandeurs. — Rémission.*

R..., Adrien, cinquante et un ans, marié, serrurier, entré le 23 octobre 1881.

Pas d'hérédité avouée, — chagrin violent causé par perte de son fils. — Peu après idées de grandeurs extravagantes, — il signe, comte Barentin; — Léger tremblement des mains datant de plusieurs années, — léger embarras de la parole, — pupilles inégales, — chute de paupière gauche. — Idées de richesses, contentement de lui-même, — s'occupe de se bien nourrir, — motilité affaiblie. — Même état en novembre. — En décembre son état s'améliore, — les troubles somatiques disparaissent. — Il sort en rémission le 29 décembre 1881.

Obs. IV. — *Hérédité. — Syphilis. — Troubles somatiques. — Excitation génitale. — Hallucinations. — Idées de grandeurs, etc. — Rémission. — Rechute. — Démence. — Mort.*

B..., Auguste, quarante-sept ans, marié, économe Cie chemin de fer d'Orléans, entré le 10 mai 1880.

Père mort paralytique, frère hémiplégique, — syphilitis, maladie d'es-

tomac, — jeunesse dissipée, — intelligent. — En 1879 perte de mémoire, accidents congestifs, parole embarrassée, intelligence affaiblie, achats inutiles.

Nouveaux accidents congestifs en mai, hallucinations de la vue, — somnolence, pupille contractées, inégales, — mémoire abolie, ne sait ce qu'il fait, où il va, — crieur, — indifférent pour les siens. — En juin, hallucinations de l'ouïe. — En juillet, idées de grandeurs. — En août son état s'améliore, — les symptômes physiques et psychiques disparaissent presque en totalité. — Sorti en rémission vers la fin de l'année. — Rentre le 14 juin 1881. Paralyse générale avancée, — troubles somatiques et psychiques accentués, — hallucinations, — idées érotiques, — masturbation, — crises convulsives, congestions successives, — démence paralytique. — Il meurt dans le marasme le 14 janvier 1882.

Obs. V. — *Migraine. — Alcoolisme. — Excès vénériens. — Grandeurs. — Richesses. — Stupidité. — KBr. — Gâtisme. — Troubles somatiques. — Légère rémission. — Rechute. — Sortie.*

L..., Alphonse, trente-sept ans, marié, cuisinier, entré le 11 février 1880.

Pas d'hérédité, — migraines depuis longtemps, — toutes sortes d'excès, boissons, femmes, etc. — Énérvé, tout le contrarie depuis un an, — parle de ses rentes, a des visions, — parole embarrassée, — motilité très diminuée, — glouton, — prend KBr, — néglige tout, — dépenses inutiles, — idées de richesses, — ératomanie, — va dans maison publique, — propos orduriers, — malpropre, — gâtisme, — glouton, — mémoire perdue, — puéril, incohérent, — grandeurs, — pupilles dilatées, inégales, — embarras de la parole. En mars 1880, amélioration dans l'ordre physique et intellectuel, — tenue convenable, parole non embarrassée, etc. — conserve cependant un certain cachet de naïveté, — Deux mois après, rechute, mêmes symptômes. — Sorti le 25 juillet 1880.

Obs. VI. — *Rémissions et rechutes antérieures. — Rechute avec troubles somatiques et psychiques, — Sortie.*

M..., Albert-Adolphe-François, trente-cinq ans, marié, employé de commerce.

A fait ici un premier séjour en 1882, depuis 1883 a séjourné deux fois chez le Dr G...

Paralyse générale. Sorti en rémission le malade conservait une satisfaction puérile avec de l'embarras de la parole. — Rentre le 28 nov. 1883. Deux jours avant il se présente dans le cabinet de notre chef de service et lui annonce qu'il vient chercher M. R..., un aliéné, pour lui offrir une place de comptable dans sa maison avec 500 francs. Quant à lui, il fait pour 400 millions d'affaires, fait construire des châteaux, etc... Pupilles

inégales, dilatées, — parole embarrassée, — etc. — transféré à Sainte-Anne le 30 janvier 1834.

Obs. VII. — *Paralysie générale. — Troubles somatiques psychiques, — Rémission. — Rechute. — Marasme. — Mort.*

B..., Joseph-Émile, quarante-neuf ans, marié, commerçant, entré le 23 mars 1881. — Paralysie Générale depuis deux ans.

Agité, criard, malpropre, — excitation continuelle, — insomnie, — incohérent, — idées de grandeurs, parle de ses ancêtres, — parole embarrassée, troubles somatiques. — Le 15 juin le délire cesse subitement, — calme, lucide. Il sort guéri le 16 juillet 1881. Plus de troubles somatiques.

Rentré de nouveau le 22 février 1882. — Il meurt dans le marasme le 19 avril 1883.

Obs. VIII. — *Hérédité. — Alcoolisme. — Chagrins. — Excitation. — Idées de grandeurs, de richesses. — Rémissions et rechutes. — Excitation et dépression. — Hallucinations, etc. — Attaque apoplectiforme. — Mort.*

M..., Jules-François, quarante-cinq ans, marié, boulanger, entré le 28 novembre 1879.

Père mort à quarante-quatre ans de fièvre cérébrale; mère, de maladie nerveuse; — excès de boissons, — M... a été affecté d'être déshérité par un de ses oncles, curé, — caractère vif, emporté.

Le 12 juillet 1879, après être rentré ivre chez lui quatre jours avant, il a commencé à faire des achats inutiles, — est allé chez le commissaire de police lui a tenu des propos insensés. — Amené dans le service, il présentait une grande agitation, — restraint, — insomnie, — idées gaies, tristes, incohérentes, de grandeur, il est archevêque, riche, — pas de troubles somatiques encore. — En novembre, idées de persécutions. — En décembre, mémoire abolie. — En janvier 1880 survient une rémission.

Une année se passe, — il est ramené le 5 décembre 1880. — Grande agitation, — intelligence très affaiblie, — gâtisme, — troubles somatiques, — alternative d'excitation et de dépression mélancolique, — refus de manger. — Le 27 novembre 1881 survient une deuxième rémission.

Trois ans après, — 11 mai 1884, vive agitation, — loquace, — incohérent, — idées de richesses, — milliards, — il est empereur. — En octobre; période de dépression, — ne parle plus. — En janvier 1885, agitation, — délire ambitieux, — troubles somatiques très accentués. — En février, attaque à la suite de laquelle surviennent des hallucinations de l'ouïe. — En mars, agitation, — série d'attaques apoplectiformes, puis les idées délirantes reprennent leur cours. — Erotomanie. — Vers la fin du mois calme, pendant deux semaines, — puis délire bizarre, — conceptions érotiques, — hallucinations, etc. — Le 20 mai, ictus apoplectiforme; — le 22, coma, — mort.

OBS. IX. — *Agitation maniaque.* — *Remission.* — *Rechute.* — *Paralysie générale.* — *Troubles somatiques.* — *Démence.* — *Attaque apoplectiforme.* — *Mort.* — *Autopsie.*

D..., Armand-Fidèle-Léon-Joseph, quarante-quatre ans, célibataire, capitaine d'artillerie, — entré le 24 octobre 1882.

Étant en permission il fut pris de tristesse et de mutisme, — puis succéda de l'agitation, — devint irascible, — idées de grandeur, de richesses, — crieur, — violent, — *restraint.* — Cette agitation se calma, mais les idées de grandeur, d'ambition, restèrent, — incohérent, — jugement puéril, — D'après ses camarades, D... aurait éprouvé en 1880 une atteinte analogue.

Paralysie générale, idées absurdes de grandeurs, etc. — intelligence affaiblie, — perte de la mémoire, — hésitation de la parole, — tremblement fibrillaire des muscles de la face, — symptômes s'aggravent. — En janvier, ictus apoplectiformes, — meurt le 13 février 1885. L'autopsie confirme le diagnostic.

OBS. X. — *Hérédité.* — *Excès.* — *Accès.* — *Remission.* — *Rechute.* — *Paralysie générale.* — *Remission.* — *Sortie.*

D..., Léon, 39 ans, marié, premier clerc de notaire, entré le 4 déc. 1880.

Mère alcoolique, — jeunesse dissipée, — vie calme depuis dix ans. — En 1869, premier accès caractérisé par des hallucinations de l'ouïe et des idées de persécution.

Guéri depuis lors, ce n'est qu'à partir de trois mois que ces mêmes manifestations se produisent. — Il entend des voix ennemies, etc. — On le trompe, sa femme lui est infidèle, etc, etc. — Ces idées délirantes se présentent comme par bouffées; dans les intervalles il est calme. Bientôt son état s'améliore, — calme durant quelques mois, — plus d'hallucinations, etc. — léger fond de tristesse seulement, imputable au jugement éclairé que fait le malade de sa situation. — Sorti le 12 juillet 1881.

OBS. XI. — *Études exagérées.* — *Maux de tête.* — *Excitation.* — *Idées de grandeur, de richesses.* — *Troubles somatiques.* — *Remission.* — *Sortie.*

F..., Jean-Antoine, quarante-neuf ans, — marié, chef de musique, — entré le 9 mai 1883.

Maux de tête fréquents depuis treize ans, — études exagérées de musique, — agité depuis un mois, — incohérent, — déchireur, — gâtisme, — mémoire affaiblie. — Paralysie générale confirmée, se croit riche, crie, excitation maniaque continue, insomnie, *restraint.* — La paralysie générale est avancée en mai, les troubles somatiques sont peu accentués. —

Vers la fin de l'année le malade se calme, — il sort le 24 janvier 1884, avec un amendement notable des signes psychiques et somatiques.

OBS. XII. — *Hérédité. — Alcoolisme. — Insolations. — Paralyse générale avec troubles somatiques et psychiques. — Remissions. — Rechutes. — Marche vers démence.*

D..., Jean-Baptiste, trente-quatre ans, marié, fort de la halle, — entré le 25 mai 1884.

Frère aîné mort à Ville-Evrard, — un oncle aliéné, — neveux et nièces morts de convulsions, — marié à une cousine germaine strabique. — Rhumatisme. — Il est resté pendant un mois sans pouvoir regarder la lumière à la suite d'une insolation, — alcoolisme chronique, — excitation maniaque il y a deux ans suivie d'une rémission.

Un jour il commande un grand dîner, se dit président de la République — Placé chez le Dr M... on reconnaît une paralysie générale avec idées de grandeurs, — mémoire affaiblie, affections amoindries, — période d'excitation maniaque, puis calme, — idées de richesses, — embarras de la parole, incertitude des mouvements. — C'est dans cet état qu'il reentra dans notre service. — Une amélioration survint et il sortit en rémission le 30 septembre 1884.

Après un calme de huit mois, vers le commencement de 1885, D... fait des excès d'alcool, excitation, — insomnie, — et le 14 avril a lieu une rechute, — il rentre avec les mêmes idées délirantes. — L'intelligence a faibli beaucoup, — la parole est plus embarrassée, — pupilles dilatées, inégales, ptosis de la paupière supérieure droite, épiphora à gauche. — En mai et juin est survenue une dépression mélancolique, — diplopie. — Actuellement ce malade a maigri et semble s'acheminer vers la démence paralytique. — Remissions à la suite de suppuration et de maladies incidentes.

RÉMISSIONS A LA SUITE DE SUPPURATIONS ET DE MALADIES INCIDENTES

OBS. XIII. — *Hérédité. — Alcool. — Syphilis. etc. — Paralyse générale troubles somatiques et psychiques. — Furoncle énorme de la jambe gauche. — Rémission. — Sortie.*

G... quarante ans, marié, coiffeur, entré le 30 janvier 1882.

Frère mort à Sainte-Anne, — syphilis, — excès alcooliques, — petite vérole à trente ans, — dyspeptique.

Depuis plus d'un an il a des idées de grandeur; le malade veut faire construire des maisons, — fait des commandes partout. — Il se fait arrêter sur la voie publique pour attentat à la morale. — Excitation maniaque, — restraint. — cris, — actes de violence, — idées de richesses,

pupilles dilatées, inégales, — tremblement fibrillaire de la langue, — au bout de quelques semaines il se développe à la jambe gauche un énorme furoncle qui suppura. G... se calma, devint tranquille, raisonnable, et il sortit en rémission le 20 avril 1883. — Un an après, G... exploitait à Paris un fond de papeterie.

Obs. XIV. — *Alcoolisme. — Paralyse générale — Eschare au sacrum. — suppuration abondante. — Rémission. — Sortie.*

V..., Louis, quarante-sept ans, marié, aubergiste, entré le 24 juill. 1884.

A la suite d'excès alcooliques, V... était devenu irritable. — idées de grandeurs, — achats inutiles, vols à l'étalage, etc. — Enfermé chez le Dr L..., il y passa un mois, puis est rentré dans notre service. — Le début de l'excitation remonte à quatre mois.

Excité, loquace, bruyant, idées de grandeurs, de puissance, — tantôt triste tantôt gai, — mémoire perdue, — indifférent à tout, — inégalité pupillaire, — embarras de la parole.

En décembre 1884, V... eut une eschare profonde au sacrum qui suppura abondamment pendant plusieurs jours. — L'état mental s'améliora en même temps que s'effectua la guérison de cette eschare, — il se calma abandonna ses idées; — il fut transféré à l'asile d'Auxerre; — il sortit le 24 janvier 1885 conservant un certain état infantin et un très léger, embarras de la parole.

Obs. XV. — *Fièvre typhoïde. — Congestion cérébrale. — Paralyse générale. — Plaies des organes génitaux et du haut de la cuisse. — Suppuration. — Rémission.*

G..., (Jules-Alfred-Désiré), trente-deux ans, célibataire, épicier, entré le 25 mai 1883.

Typhoïde en 1870, — congestion cérébrale à une époque indéterminée. — Début remonte à quatre ans par un embarras léger de la parole, — somnolences considérables après les repas, — dilatation pupillaire gauche, — délire ambitieux, — affaiblissement musculaire.

A son entrée, on constate : idées incohérentes de richesses, de grandeurs, — mémoire affaiblie, — embarras notable de la parole, — pupilles inégales et dilatées, — plaie étendue des organes génitaux et du haut de la cuisse, — contusions sur le corps. — A mesure que les plaies se cicatrisent l'état mental s'améliore, lorsque la suppuration a cessé, le délire a pour ainsi dire disparu; il reste encore un certain état puéril, mais peu à peu il s'efface, seul l'embarras de la parole persiste, mais diminué. — Le 27 octobre 1884 G... sort en rémission.

OBS. XVI. — *Paralysie générale confirmée. — Large phlyctène du haut de la cuisse avec suppuration abondante. — Eschare au sacrum suppurée, — pointes de feu. — Fracture clavicule. — Rémission. — Sortie.*

F... (Charles-Adolphe), cinquante-deux ans, marié, marchand de curiosités, entré le 14 juin 1881.

Paralysie générale confirmée par les troubles somatiques et des idées de grandeurs, richesses, etc., — hallucinations, — erreurs de personnes, — incohérence. — Alimentation à la sonde, — croit qu'on veut l'empoisonner, etc. — Vers la fin de juillet survient spontanément une large phlyctène au haut de la cuisse. Il se fait une suppuration abondante, avec elle coïncide une amélioration considérable de l'état mental. F... est beaucoup moins agité et se montre assez raisonnable. En août il se forme une eschare au sacrum autour de laquelle on applique des pointes de feu. L'état mental se maintient satisfaisant, — l'embarras de la parole est très peu marqué, — les pupilles sont normales, — la suppuration cesse. — A la fin du mois, F... tombe et se fracture la clavicule. — En octobre la fracture est consolidée et il sort le 30 octobre 1881, en rémission bien confirmée que semble avoir aidée cette fracture. — Les troubles somatiques et intellectuels sont très amendés, — mais on ne peut pas dire qu'il est guéri.

OBS. XVII. — *Paralysie générale. — Anthrax joue droite. — Suppuration. — Amélioration sensible. — Rechute. — Mort.*

B... (Barthelemy-Auguste), quarante-neuf ans, adjudant d'artillerie, marié, entré le 13 juin 1880.

Vieux militaire, — nombreuses campagnes et blessures, — idées de grandeurs, contentement exagéré, troubles somatiques, etc., — incohérence, — puérilité. — Vers la fin du mois, anthrax de la joue droite que l'on recouvre d'onguent styrax, — au bout de huit jours il s'ouvre spontanément; la suppuration s'établit et la guérison est complète au bout de seize jours.

Pendant l'évolution de cet anthrax, le malade n'accuse aucune douleur; il se laisse panser et il s'établit un calme remarquable; ses propos sont plus raisonnables, il s'occupe, travaille jusqu'à l'époque de sa sortie, février 1881. Sa rémission n'est pas complète, il garde des traces de sa paralysie générale. — Quatre mois après il rentre de nouveau dans un état d'agitation maniaque excessive, avec troubles psychiques et somatiques très accentués. Il succombe le 14 février 1882 à des convulsions épileptiformes.

OBS. XVIII. — *Paralysie générale classique. — Anthrax cuisse droite. — Suppuration. — Rémission. — Sortie.*

F... (Antoine), né en 1831, célibataire, capitaine d'infanterie, entré le 14 février 1883.

Paralysie générale ayant suivi sa marche habituelle, — fréquents accès d'agitation se calmant au bout d'un temps variable et laissant le malade dans un état de rémission, mais avec affaiblissement de l'intelligence, et surtout de l'embarras de la parole, — idées de grandeurs, richesses, etc., — troubles somatiques.

L'agitation durait depuis plusieurs semaines quand il se développa un énorme anthrax à la cuisse droite, — le malade ne se plaignit pas et n'accusa aucune souffrance. — A mesure que l'anthrax se développait, le calme se rétablissait progressivement. — Il redevint calme, ne délira plus. — Très affaibli à la suite de cette dernière crise, d'intelligence et de force physique, mais ne délirant plus, il fut retiré par sa famille le 16 novembre 1884.

OBS. XIX. — *Syphilis. — Alcoolisme. — Paralysie générale. — Accès du pied. — Suppuration. — Rémission. — Sortie.*

D... (Louis-Philippe-Auguste), trente-cinq ans, marié, voyageur de commerce, entré le 27 décembre 1884.

Syphilis à dix-huit ans, jamais soignée, — excès de boissons avant son mariage, — situation précaire aplanie par un héritage, — hémorroïdes. — Début datant de trois semaines. — Perte de mémoire, — tristesse, anxiété. — Le délire a suivi une marche progressive. — Dépense sexagérées, — accès de fureur, — incohérence, — satisfaction puérile, — intelligence affaiblie, — troubles somatiques au complet, — insomnie, — idées variables — le Dr Hallopeau a soigné D... au début; vu ses antécédents syphilitiques, il lui a donné de Kl. 4 gr. par jour. Il n'y a pas eu d'amélioration, au contraire, les symptômes se sont accentués. — Vers les premiers jours de janvier 1885 son pied gauche se tuméfie, devient douloureux à la pression, rouge; — bientôt le malade ne peut plus marcher: — un accès survient, — fièvre le soir. — On fait une première incision qui donne peu de pus, puis une seconde plus profonde; on place un drain, il s'écoule du pus en assez grande quantité. A partir de ce moment il se produit une amélioration sensible dans l'état mental. Le 28 janvier 1885 D... sort en rémission, mais il garde de l'état infantin, un léger embarras de la parole.

OBS. XX. — *Excès d'alcool, in venere. — Méningite. — Paralysie générale. — Plaie du pied. — Marasme. — Chutes fréquentes suivies d'eschores aux genoux, et plaies multiples. — Cautérisation. — Suppuration. — Rémission. — Sortie.*

De Z... P. (Louis-Albert), trente-deux ans, célibataire, originaire de la Guadeloupe, employé au canal de Suez, entré le 12 septembre 1879.

Excès d'alcool, *in venere*, à douze ans une méningite suivie d'affaiblisse-

ment de l'intelligence; — à vingt-cinq ans perte de la mémoire, tremblement des mains, ne pouvant plus travailler, — idées de grandeurs, de richesses, insomnie, troubles somatiques; — rhumatismes, — hémiplegie légère à la suite d'attaques, — affaiblissement musculaire, etc. Rentré dans notre service il présente les mêmes symptômes; — les troubles somatiques sont surtout accentués. — Excité par intervalles, il devient malpropre, gâtisme, — plaie du pied, — erreurs de personnes, — agitation continuelle, — marasme, affaiblissement général, — ne se soutient plus, penche à gauche, fait des chutes fréquentes à la suite desquelles des eschares se forment aux genoux, — les plaies sont superficielles, mais larges et entretenues par le malade qui se gratte, et déchire les pansements. — En janvier de nouvelles plaies se forment: on les cautérise, mais le malade est trop agité pour qu'elles puissent se cicatriser, aussi elles suppurent abondamment. Le malade alors se calme, et les plaies se guérissent vite en avril. — Le malade a beaucoup maigri, mais la marche est plus aisée et la parole moins embarrassée, la mémoire se rétablit, enfin le malade est bientôt en état de pouvoir sortir, il sort le 28 juillet 1880.

Obs. XXI. — *Paralysie générale. Gâtisme. — Angine phlegmoneuse. — Suppuration. — ? — Rémission légère de courte durée. — Rechute démence. — Mort.*

M..., Jacques Hippolyte, quarante-six ans, marié, sous-chef de la garde républicaine, entré le 24 mars 1880.

Excès *in venere*, — affaiblissement musculaire, ne peut se tenir debout, — tous les troubles somatiques, — idées de grandeur incohérentes, excitation, déchireur, gâtisme, penche de côté, etc. — Hallucinations de l'ouïe, il entend sa femme derrière une porte, etc. — En janvier 1884, sans aucun malaise, M... présente les premiers symptômes d'un phlegmon occupant les régions postérieure et latérale droite du pharynx; l'amygdale droite est repoussée par une tumeur sous-jacente, — L'état empire, — le malade ne peut plus avaler ni respirer, — pas de fluctuation, — anxiété très grande, — puis peu à peu tout diminue, — il se fait une amélioration très grande — A ce moment une métamorphose remarquable s'est produite chez M... — On ne trouve plus trace de son délire sa tenue est parfaite, il lit, s'occupe, écrit et surprend par ses apparences de guérison. — Il demande à partir, — devient triste, par préoccupation de sa séquestration. — Au bout d'un mois les hallucinations de l'ouïe reparaissent et avec elles, l'agitation, et tous les autres symptômes psychiques et somatiques, quelques mois après il succombe dans le marasme le 14 octobre 1884, présentant une grande faiblesse avec une maigreur extrême.

OBS. XXII. — *Chute.* — *Contrariétés.* — *Paralysie générale* — *Gâtisme.* — *Hématome de l'oreille.* — *Plaies de la jambe.* — *Rémission.* — *Bronchite.* — *Mort en rémission.*

B..., Victor, trente-deux ans, marié, entrepreneur de maçonnerie, entré le 13 août 1881.

Tous nerveux dans la famille, — à quatorze ans est tombé d'un échafaudage et a eu les deux jambes cassées, — contrariétés de perdre sa mère et voir son père se remarier. — On ne le croit malade que depuis trois mois, mais d'après le Dr V... il doit l'être depuis trois ans. — Dans ces derniers temps il s'est beaucoup affaibli, — troubles somatiques; — idées de grandeur, de richesses, érotiques, — excitation puis gâtisme, — amaigrissement, — hématome de l'oreille. — Au milieu de septembre période de calme d'amélioration sensible coïncidant avec deux petites plaies situées sur la crête du tibia. Le mois suivant la rémission se maintient et se complète de jour en jour, — son état contraste singulièrement avec le trouble mental absolu qu'il présentait il n'y a que trois semaines, — il raisonne, lit, s'occupe. — Vers cette époque il est pris de diarrhée avec mouvement fébrile de mauvais augure, trois jours après une bronchite généralisée abat notre malade. — Il maigrit à vue d'œil. — Il meurt le 22 octobre 1881, sans avoir présenté aucun accident mental, avec des signes stéthoscopiques et état général graves.

OBS. XXIII. — *Hérédité.* — *Causes morales.* — *Alcool.* — *Erysipèle face.* — *Paralysie générale.* — *Gâtisme* — *Sueurs profuses.* — *Diarrhée continue.* — *Rémission.*

J..., Eugène-Noël, quarante-trois ans, marié, commis voyageur, entré le 8 juin 1881.

Cousin germain maternel, oncle, cousine, aliénés, — revers nombreux, — excès de boisson. — Erysipèle de la face il y a six ans. — Début datant de trois ans par délire lypémanique — Depuis quelque temps il est devenu très violent. — A son entrée il présente par ses symptômes tant psychiques que somatiques, une paralysie générale confirmée, — Gâtisme. — De plus il présente depuis longtemps des sueurs profuses, il eut une diarrhée qui continua durant deux mois, et finit par céder à une médication appropriée, — avec elle s'amenda le délire paralytique, — son excitation se calma, — ses idées de grandeur disparurent. — Il sortit en rémission le 30 octobre 1881, ne présentant qu'un peu d'embarras de la parole.

Obs. XXVI. — *Excès probables.* — *Paralysie générale.* — *Démence.* — *Gâtisme, etc.* — *Variole.* — *Rémission manifeste.* — *Rechute.* — *Mort.*

V... né en 1850, entré le 27 mars 1880, présentant les signes non douteux de la Paralysie générale, — délire ambitieux et érotique incohérent, — agitation sans but, — s'irrite quand on le contredit. — Excès probables, surtout *in venere*. — L'affection mentale suivit sa marche habituelle, mais bientôt il eut des attaques congestives légères, qui se renouvelèrent assez fréquemment et amenèrent une déchéance intellectuelle et physique rapides, — vers la fin de 1881 V... ne quittait plus le lit ne parlait plus, ne pouvait plus marcher, et on s'attendait à une fin prochaine. Au mois de mai 1883, V... fut pris de fièvre avec vomissements; deux jours après il avait le corps couvert d'une éruption de variole. — La fièvre ne dépassa pas 38° 2, et l'appétit ne fut jamais perdu. — La guérison fut rapide et chose, singulière, la maladie mentale parut s'améliorer d'une façon tout à fait inespérée. Ce fut une véritable résurrection. — V... se leva, marcha, reprit ses promenades; il commença à parler (en restant incohérent), reprit de l'embonpoint.

Il succomba le 2 octobre 1885, (deux ans et demi plus tard) à la suite d'une série d'attaques épileptiformes.

TRAITEMENT

Les observations recueillies par nous dans les divers auteurs prouvent que la paralysie générale n'est pas absolument incurable. Malheureusement ces exemples sont rares, et personnellement nous n'avons pas eu le bonheur d'en observer. Pour n'être pas nombreux, ils n'en existent pas moins. En revanche, les rémissions incomplètes, ces guérisons partielles, ces demi-solutions vers lesquelles doivent tendre tous nos efforts, sont assez fréquentes. Jusqu'à présent nous nous sommes efforcé de connaître comment et à la suite de quels événements pathologiques se produisaient ces rémissions. Nous avons constaté des faits. Voyons maintenant s'il ne nous est point permis de provoquer ces arrêts momentanés ou définitifs et d'enrayer au moins pour un temps plus ou moins long cette terrible affection dont l'accroissement progressif s'étend comme une tache d'huile.

Chaque jour, à chaque pas, la paralysie générale atteint de nouvelles victimes, elle frappe l'élite des intelligences, et actuellement notre Faculté même compte déjà ses martyrs. Nous croyons donc inutile d'insister sur l'importance d'une telle étude. Guérir, tout est là.

Les paralytiques généraux sont des êtres souffrants, il faut les assister. Le médecin n'a pas le droit de rester inactif, alors même qu'il prévoit le dénouement funeste; son devoir est de le retarder.

Son intervention sera toujours utile, et si parfois il a un succès même relatif, il aura bien mérité de l'humanité.

Examinons donc par quels moyens nous pouvons atteindre ce but.

Tout d'abord nous éliminerons de cette étude les moyens dont on a prétendu disposer pour prévenir la paralysie générale.

La prophylaxie, comme dans presque toutes les maladies, se résume dans la bonne hygiène physique et morale. Il en sera de même de la période prodromique. On ne peut sur des symptômes très fugaces et très peu accentués instituer un traitement.

Ce n'est que lorsque la paralysie générale et bien caractérisée qu'on peut songer à une intervention efficace.

En ce cas Ferrus disait (in *Gazette des hôpitaux*, 5 déc. 1838, n° 143, p. 576. — *Cours sur les maladies mentales* fait à Bicêtre) : « Il n'est pas indifférent d'apprécier les causes de la paralysie générale, puisque leur connaissance peut jeter quelque succès au milieu des revers pénibles et si multipliés de la thérapeutique. » Parmi ces causes on a cru trouver l'hérédité, l'âge, le sexe, le tempérament, la profession, les excès alcooliques et *in venere*, les congestions cérébrales, la syphilis, etc., etc. On a dit aussi qu'il serait bon de connaître la nature de la paralysie générale afin de la mieux traiter. — A cela on a répondu avec Esquirol (in *Maladies mentales*, t. I, p. 114) : Cela n'est pas plus nécessaire de connaître « qu'il n'est nécessaire de connaître la nature de la douleur pour employer avec succès les calmants et les sédatifs. » Nous ne voulons pas nous étendre davantage sur la nature et les causes si multiples, si complexes de la pathogénie et de l'étiologie. « *Non est hic locus.* » Nous citons des opinions, voilà tout.

Pour arriver au traitement rationnel, beaucoup de faits devraient encore être éclaircis ; malgré les desiderata de nos connaissances actuelles, passons en revue tout ce qui a été tenté dans ce but. Voyons sur quelles données reposent les différentes méthodes, et surtout cherchons celles qui ont donné le plus de résultats, c'est-à-dire le plus de rémissions.

Il a été essayé une grande quantité de médicaments. On a eu pour objet tantôt la thérapeutique des symptômes, tantôt les complications, etc.; tantôt enfin, la guérison, ou pour mieux dire les rémissions. Leur efficacité est plus que douteuse et le résultat n'est pas concluant. Nous verrons ce que nous devons penser à ce sujet.

Certains médicaments ayant une action bien établie sur les centres moteurs, on leur avait attribué une action régulatrice sur les nerfs vaso-moteurs, etc. L'observation clinique n'a pas réalisé les espérances que faisait concevoir la théorie. De ce nombre nous trouvons la digitale, l'ergot de seigle, le bromure de potassium, le sulfate de quinine; M. Schüle dans un travail intitulé : De l'influence qu'exercent certains médicaments sur les vaisseaux de l'encéphale (in *Gazette médicale de Paris*, 12 décembre 1874, p. 628), a discuté la valeur de ces agents. Crichton Browne a prescrit aussi l'ergot de seigle dans les maladies mentales. « Il est indiqué dans les cas de lésions nerveuses dont l'hyperhémie constitue l'élément principal, disent Trousseau, Gubler, Brown-Séquard. » C'est encore l'avis de Renier de Sachseberg (*Allg Zeitschrift für Psych.* 1873). La digitale qu'à beaucoup employée Rech, rend les malades jaunes, nous dit Burlureaux dans sa thèse. Le sulfate de quinine et les bromures de potassium, de sodium, d'ammonium préviennent, a-t-on dit, les attaques épileptiformes et Gubler les aurait employés avec succès pour apaiser l'excitation des paralytiques généraux. MM. Lunier et Voisin ont fait remarquer que le bromure donne lieu quelquefois à des phénomènes pouvant faire croire à la paralysie générale. Le Dr Lunier a associé le bromure à l'iodure de potassium et a cité quelques succès dans un mémoire lu à l'Académie de médecine dans la séance du 4 mai 1852.

M. le Dr Bouchut (in *Bull. de thérapeutique* 1865) a rapporté deux cas de guérisons et un d'amélioration dans lesquels on avait administré du nitrate d'argent. M. Lisle (*Du traitement de la congestion cérébrale et de la folie par l'acide arsénieux*, in *Journal de méd. et chir. pratiques*, 1872) a donné l'acide arsénieux;

le professeur Lasèque l'employait aussi, mais sans y ajouter une grande confiance. L'opium, la morphine, dit-on, sont de mauvais médicaments; le professeur Ball croit qu'il est meilleur de lui associer l'atropine. On a encore donné la digitaline, l'ergotine, la fève de Calabar, la vératrine, l'hyoscyamine, le chloral, etc. Nous ne parlerons pas de toniques, la gentiane, le fer, etc. Nous ne citerons que pour mémoire le tartre stibié qu'employa dans son service à Charenton Royer-Collard, sans jamais obtenir une amélioration; ce médicament, d'après l'avis même de ce médecin, est mauvais, il aggrave les symptômes; M. Ball lui préfère l'apomorphine. Nous rappellerons encore cet autre médecin de l'hospice de Tübingen (Wurtemberg) dont parle Esquirol, qui donnait du muriate de mercure à doses répétées, dans le but de faire croître la fièvre, et remplacer une affectation par une autre.

Calmeil (*loc. cit.*, p. 418) croyait que l'électricité, la noix vomique, la strychnine, et tous les moyens agissant sur la pulpe nerveuse en l'excitant, étaient mauvais à cause de leurs qualités stimulantes. Pour cela il conseillait d'éviter, surtout pendant l'été, tout ce qui peut augmenter l'excitation cérébrale et prescrivait en conséquence des bains tempérés; une alimentation modérée, les émissions sanguines si le sujet était replet, coloré, animé, les sangsues, si le malade était peu fort, les laxatifs, les vésicatoires, les révulsifs.

Cette multiplicité de médicaments prouve qu'on a presque inutilement tenté beaucoup d'essais, *Medicamentorum varietas ignorantia filia est*, nous dit avec raison Bacon.

On ne s'est pas contenté d'essayer, on a voulu quand même trouver des guérisons. Les quelques résultats qu'on a prétendu obtenir ne sont pas concluants et rien n'est moins certain que ces cures invraisemblables. Ainsi nous trouvons (*in* thèse de Paris 1883, *Contribution à l'étude de la périencéphalite diffuse et de son traitement*) que M. le Dr Trilhe a observé des cas de guérisons par la médication bromo-iodurée. Si nous examinons en détail ces observations, nous trouvons que l'on a pu avoir affaire à des pseudo-paralytiques généraux; pourquoi du reste mettre

sur le compte de cette médication ces guérisons puisqu'en même temps on a employé les révulsifs, les antiphlogistiques, etc.

« Ce sont là des faits plus curieux qu'utiles, qui restent isolés, et ne peuvent fournir aucune vue thérapeutique, ni guider le médecin dans le traitement de l'aliénation mentale, » dirons-nous avec Esquirol (p. 397, *loc. cit.*).

De telles cures doivent se compter. On ne nous parle pas des insuccès ; il doit y en avoir pourtant. Lorsqu'on publie de pareils faits, on devrait les établir sur des statistiques nombreuses afin de permettre les comparaisons.

En attendant contentons-nous dans un autre ordre d'idées de constater avec Hildembrandt (in *Typhus* p. 227) : *Pessimâ medendi methodo non omnes trucidantur*. On devrait avoir le courage de dire avec Bayle (in thèse, Paris 1882) : « Jusqu'à aujourd'hui le traitement de la méningite chronique n'a obtenu aucun résultat avantageux. Il suffit pour s'en convaincre de se rappeler l'effrayante proportion de morts aux guérisons, qui est comme trente est à un. »

Personnellement nous avons remarqué dans certains cas que ces médications, loin d'amener des améliorations, aggravaient les symptômes. La paralysie générale une fois confirmée, il est difficile d'enrayer ses lésions. Chaque fois que nous étions autorisé par les antécédents à administrer un médicament, nous avons dû bientôt en abandonner l'emploi. Maintes fois cette constatation nous a été surtout aisée chez les paralytiques généraux ayant eu la syphilis. En ce cas, l'iodure de potassium leur était préjudiciable au point d'augmenter les troubles et même de précipiter la marche de l'affection.

Dans notre dix-neuvième observation nous avons consigné ce fait ; nous pourrions faire des citations plus nombreuses. Nous nous contenterons de les avoir signalées sans pour cela conclure à l'inutilité de cet agent thérapeutique. « Bonum aliquando medicamentum est millum adhibere medicamentum. » Hippocrate.

Malgré tout et sans être d'un pessimisme outré, nous pensons que dans beaucoup de cas on a mis sur le compte de la médica-

tion des guérisons alors qu'il s'agissait de simples coïncidences ou de ces pseudo-paralysies dont nous avons tant parlé. M. le D^r Aug. Voisin (*loc. cit.* p. 70) a très bien remarqué ce genre de guérison chez une blanchisseuse, âgée de trente-cinq ans, dont l'observation très détaillée se trouve dans son *Traité de la paralysie générale des aliénés*.

Pour bien arriver à la solution d'un problème aussi compliqué que celui de la médication curative dans la paralysie générale il faut, une fois le diagnostic bien établi, en faisant abstraction des cas obscurs et à interprétation complexe, il faut, disons-nous, se soumettre aux vieux préceptes de Boerhaave :

Nulla viro in applicando remedio temeritas,

Nulla in observando effectui festinatio,

Nulla in sinistris eventibus occultatio,

Nulla in extollendis prosperis jactancia.

On a dit : la paralysie générale étant une maladie de nature inflammatoire, il faut appeler au dehors du cerveau toute fluxion des centres nerveux.

Alors on a donné d'abord les purgatifs. Leur action est salutaire quand il s'agit de traiter certains symptômes. Tout le monde connaît surtout depuis Trousseau l'influence des affections du tube digestif sur certains troubles de l'encéphale. Donc on a tout intérêt à soigner cet appareil. D'un autre côté on sait que les diarrhées ont quelquefois une heureuse influence dans la paralysie générale (voir nos observations). Donc en provoquant des diarrhées momentanées on peut agir favorablement. Mais il ne faut point oublier que la diarrhée survient spontanément tandis que le purgatif est un moyen factice et ne ressemble en rien à une crise; dans ce cas l'action perturbatrice n'est pas toujours suffisante. Ceci sera encore vrai lorsque nous parlerons des révulsifs.

L'hydrothérapie qui a été souvent appliquée n'a jamais amené une rémission; cependant le D^r Aug Voisin (*loc. cit.* p. 521 et suivantes) cite quelques guérisons à la suite de bains froids, il conseille même de ne pas les cesser quand survient la rémission.

La saignée dont on a tant parlé semble avoir fait son temps. Le grand Pinel l'avait d'abord prescrite. Bayle et surtout Calmeil, à cause de la nature inflammatoire de la paralysie générale, la préconisèrent. Voici ce qu'en dit ce dernier auteur (in *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, tome II, p. 675, 1859) : « Les émissions sanguines tiennent le rang le plus important parmi les moyens qu'on a coutume de rattacher à la médication déplétive. » Et plus loin : « La saignée pratiquée avec la lancette devra obtenir la préférence. » Martinet et Parent la recommandent beaucoup aussi dans l'arachnite (*Recherches sur l'inflammation de l'arachnoïde*, etc. Paris. 1821, p. 112.).

D'après Bouillaud (*Traité clinique et physiol. de l'encéphalite*, Paris, 1825, p. 316) il faut faire des saignées copieuses ; M. Bain les poussait jusqu'à la syncope ; M. Pascal retirait 600 grammes, d'autres sont allés jusqu'à 1000 grammes. Broussais en est partisan (*Histoire des méningites cérébro-spinales*. Paris, 1843, p. 174). Contrairement Trousseau s'y opposait. M. Burlureaux (in th. Paris 1874) la croit bonne chez les paralytiques généraux phlétoriques.

D'autres ont préféré les sangsues. Calmeil les plaçait à l'anus, en avant des fosses nasales, à la nuque, sur le trajet de la faux du cerveau. Chauffard d'Avignon les plaçait aux malléoles. Rilliet et Barthez aux tempes, aux apophyses mastoïdes (*Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, 1853, t. II, p. 477), etc., etc.

Ce traitement antiphlogistique ne donnerait que des résultats mauvais, puisque « la durée de la paralysie générale est devenue beaucoup plus longue depuis que l'on a renoncé aux émissions sanguines » (*loc. cit.* p. 26. Christian et Ritti).

La méthode révulsive quoique un peu abandonnée semble, d'après l'avis de la généralité des auteurs, être le moyen le plus efficace et le plus sûr pour amener des rémissions dans le cours de la paralysie générale. On n'a pour se convaincre d'un tel fait qu'à reporter les yeux sur les observations citées par nous dans notre historique.

Entre autres celles de M. F. Voisin (voir page 34) lues dans

un mémoire (sur le cautère à la nuque) à l'Académie de médecine.

Ce traitement repoussé par Esquirol, parce qu'il craignait des méningites, a été admis par Calmeil. Fodéré, dans son *Traité du délire* (page 198) dit qu'on « a produit des effets très marqués » avec des vésicatoires fortement irrités pendant longtemps.

Puisque ces agents se rapprochent le plus des suppurations et que ces dernières amènent le plus grand nombre de rémissions, on a voulu se rapprocher des tendances de la nature afin de la seconder, suivant le prétexte d'Hippocrate.

M. Auguste Voisin (*loc. cit.* p. 500) rapporte une observation de guérison à la suite d'un vésicatoire appliqué sur la région pariétale. L'école de Montpellier ne les applique qu'en dernier ressort. Cette méthode a été surtout pratiquée en Allemagne et on a été jusqu'à appliquer des pommades stibiées (Oebeke. *Des frictions du crâne dans la paralysie générale progressive*, in *Allgem Zeitsch. f. psych.* 1883). M. le professeur Ball croit à leur efficacité. M. le Dr Baillarger a préconisé beaucoup le séton, et il est généralement appliqué aujourd'hui.

À la suite du séton, on a vu, à l'exaltation maniaque la plus intense, succéder des rémissions plus ou moins complètes, mais ici comme dans les suppurations spontanées, les chances de guérison sont moins favorables quand la paralysie générale dure depuis longtemps. Pour cela Calmeil conseille toute tentative de traitement curatif à la première période qu'il désigne sous le nom de *congestive*; dans la *deuxième période* qu'il appelle de *désorganisation* on ne peut rien affirmer. Cependant on a observé d'heureuses exceptions. M. le Dr Emmanuel Blé dans son excellente thèse (Paris 1881. *De la révulsion à la nuque dans les affections chroniques du cerveau et de ses enveloppes*) après avoir fait l'historique intéressant du séton, nous cite des observations de guérisons par la méthode révulsive et surtout du séton à la nuque.

C'est en accumulant les observations qu'on parviendra à entraîner les convictions. Cette méthode, en effet, n'est pas encore

acceptée par tous les médecins. Ainsi M. le professeur Jaccoud (in *Path. int.*) dit : « L'effet réel de cette méthode est encore trop incertain à mes yeux pour que je conseille, de recourir à des moyens aussi pénibles. »

La révulsion, le séton, etc, a-t-on dit, ne sont utiles qu'au début de la paralysie générale; nous croyons que s'il est efficace à la première période, il l'est à plus forte raison aux périodes avancées. Voici ce que pense Calmeil: « Il est des cas, même quand est venue la période de démence, où l'on doit continuer les révulsifs, quand l'exaltation furieuse tend sans cesse à se raviver, quand les aliénés paralytiques sont sans cesse menacés de nouvelles poussées congestives. »

Enfin, nous terminerons ces considérations en faisant remarquer que d'après l'avis des principaux auteurs, l'hérédité semble au point de vue du traitement être une circonstance fâcheuse. Nous avons vu dans le courant de cette étude le caractère de chronicité qu'emprunte la paralysie générale quand elle est soumise à cette influence, surtout lorsqu'il s'agit de paralysie générale à double forme. La phase terminée réclame sa phase, avons-nous dit. Nous n'insisterons pas davantage.

Puisque c'est à la révulsion que l'on doit le plus de guérisons, voyons quels sont les meilleurs révulsifs.

On a conseillé et on conseille actuellement les cautères, les moxas, les vésicatoires, les onctions mercurielles, les sinapismes, les bandes vésicantes du Dr Voisin, les pointes de feu, etc., etc. Barthez les avait divisés en deux classes :

1° Les irritants sans évacuation sensible; le sinapisme, les ventouses sèches, l'eau bouillante, le vésicatoire volant. Ces derniers ne donnent presque pas lieu à des rémissions.

2° Les irritants évacuants; les ventouses scarifiées, les sangsues, le vésicatoire, le cautère, le moxa, le séton. Ce sont ceux-ci surtout qui amènent des rémissions.

Le thermo-cautère de Paquelin semble être à la mode, et dans la thèse du Dr Emmanuel Blé (De la révulsion à la nuque dans les affections chroniques du cerveau et de ses enveloppes) nous

avons trouvé deux observations (obs. XV et XVI) des rémissions par son emploi.

Le moxa n'est plus employé. Piorry disait, en 1856, que les lois humanitaires devaient le proscrire.

Le cautère est considéré comme une vieille coutume, cependant il a donné avec les vésicatoires de très bons résultats, ainsi que nous l'avons fait observer.

Nous avons parlé des frictions stibiées préconisées par Jacob, leur usage est à peu près abandonné. Cependant, nous l'avons vu, on s'en sert encore.

Enfin le séton, que M. Baillarger a tant employé, est mis en pratique par la généralité des aliénistes. C'est lui qui procure, je le répète, le plus de rémissions quand il s'agit du meilleur moyen curatif de la paralysie générale. M. le professeur Grasset dans son *Traité pratique des maladies du système nerveux*, paru en 1881, nous dit : « C'est là une vieille pratique bien usée, peut être parce qu'on en avait abusé, mais qui est excellente quand on se maintient dans un usage raisonnable. »

Nous osons à peine donner le mode opératoire du séton, tellement il est simple : on prend une bandelette de 2 centimètres de largeur et d'une certaine longueur. Dès que se fait la suppuration on retire tous les jours le morceau d'étoffe qui a été en contact avec la plaie. Chez les femmes, le Dr Bouvier conseille, afin d'éviter une cicatrice trop grande, de placer une bandelette moins large, mais cet inconvénient est minime en face des avantages de ce mode de révulsion.

Il est rare d'observer des accidents après l'application du séton. Toutefois on a vu quelques rares fois survenir le tétanos, l'érysipèle, la gangrène, les abcès, etc. Dans le cas d'un érysipèle, on enlève la mèche; s'il se produit des végétations, on peut cautériser avec le nitrate d'argent; enfin l'on agit selon les cas. Quant aux abcès, ils constituent une chance de rémission et remplissent le but indiqué contrairement à l'opinion de Rabuteau qui nous dit (in *Eléments de thérapeutique et de pharmacologie*, p. 1011) :

« Il n'est jamais bon que l'organisme suppure en un point quelconque. »

Quand la suppuration s'établit, nous croyons avec le Dr Em. Blé, à qui nous empruntons (*loc. cit.*) beaucoup de détails, que les effets heureux dépendent de la durée de la suppuration plutôt que de la quantité.

Notre insistance sur la méthode révulsive en général, et du séton en particulier, ferait croire que nous y attachons une importance capitale et que nous espérons toujours en retirer un grand profit. Telle n'est pas notre pensée. Bien souvent nous avons eu lieu de l'appliquer et cependant il ne nous a pas été donné d'observer aucune rémission.

N'ayant aucun fait personnel de guérison à la suite d'un traitement quelconque de la paralysie générale, nous avons dû, d'après les observations recueillies par nous dans notre partie historique, tirer des déductions. Arrivé au terme de cette étude sur le traitement nécessaire pour produire des rémissions, nous sommes forcé de convenir que si parfois on a produit des effets marqués d'amélioration par les révulsifs, ces cas sont restreints. Quant au traitement par les médicaments internes, nous les croyons en grande partie illusoires.

Quand on aura tout essayé, on n'aura plus d'espoir, suivant l'expression de Calmeil.

« N'est-ce point une maladie désespérante, disait Ferrus dans ses cours sur les maladies mentales (in *Gazette des tribunaux*, 6 décembre 1838, n° 143, p. 576); que celle qui n'offre à enregistrer que des probabilités sur sa terminaison par une mort plus ou moins prompte, et ne laisse aucun espoir de guérison. Telle est cependant l'affligeante certitude qu'on acquiert en observant soi-même la démence et la paralysie générale et en tenant compte des assertions émises par les auteurs les plus recommandables. »

Calmeil (*loc. cit.* p. 418) nous dit encore : « Découragés, certains conseillent de ne pas faire de traitement. On doit éviter, disent-ils, toute médication longue et douloureuse. Quelque

fondé que soit ce raisonnement, qui d'ailleurs ne repose que sur des vues d'humanité, il me semble tout à fait condamnable; probablement il y aurait moins de maladies incurables si on ne raisonnait pas si souvent de la sorte. » Ces paroles émanent d'un aliéniste trop distingué et trop sensé pour ne point nous ranger à son opinion, car malgré tout, rien n'est impossible, une rémission peut survenir. On ne doit donc pas perdre courage et s'efforcer de combattre. Ce que M. le professeur Peter disait dans une de ses cliniques sur la phtisie peut à la rigueur se répéter pour la paralysie générale : « La congestion, voilà l'ennemi ; la révulsion, voilà l'auxiliaire. » Nos efforts doivent par conséquent tendre à reconnaître jusqu'à quel point est vrai l'aphorisme d'Hippocrate : « Duobus laboribus simul abortis non in eodem loco vehementior obscurat alterum », ou bien encore suivant le professeur Peter, fidèle toujours aux doctrines de Trousseau : « ... debilior obscurat alterum. »

Si par bonheur on obtenait une rémission, nous n'avons pas besoin d'insister sur la nécessité d'une bonne hygiène physique et morale; on éviterait la fatigue, les discussions, les émotions, les reproches, etc., etc., et, de plus, on diminuerait l'excitation cérébrale par les bains tièdes, les purgatifs, etc.; on appliquerait encore des sangsues s'il survenait des phénomènes congestifs; enfin on mènerait une vie tranquille, etc., etc., moyens qui prolongeraient le plus longtemps possible l'existence du paralytique général.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

DU PARALYTIQUE GÉNÉRAL EN RÉMISSION

Si les paralytiques généraux ne guérissent que très rarement, un grand nombre sont susceptibles d'améliorations; chez eux cette amélioration est parfois assez marquée pour qu'ils puissent être rendus à la société et à leurs familles, mais non sans présenter quelques dangers et certains inconvénients. En effet, nous avons vu que le paralytique général en rémission ne possède qu'incomplètement ses attributs physiques et intellectuels; donc « sa capacité civile se trouve relativement amoindrie », comme le fait justement remarquer l'éminent médecin légiste M. le D^r Legrand du Saulle (in *Testaments*, etc., p. 419). Conséquemment nous voulons connaître quelle est la responsabilité et la capacité du paralytique général en rémission. Cette incursion dans le domaine de la médecine légale sera le complément de nos recherches. — Notre devoir est de savoir la place que doit occuper dans notre civilisation actuelle le paralytique général en rémission.

Il n'est pas douteux que les paralytiques généraux commettent des actes répréhensibles à tous les points de vue, tous les auteurs sont forcés d'en convenir; nous verrons quelle est leur interprétation et ce qu'il faut en penser.

Parmi les actes délictueux et criminels des paralytiques généraux en rémission, nous trouvons : les vols, les abus de con-

fiance, les faux, les achats inutiles et onéreux, les actes obscènes, les outrages aux mœurs, les attentats à la pudeur, etc., etc; ils sont si nombreux qu'il est difficile de les énumérer tous. Le médecin expert a aussi souvent l'occasion de discuter la valeur de leurs donations, testaments et autres actes civils.

Cette longue liste d'actes réprimandables n'est pas exagérée. A ce sujet nous allons reproduire l'opinion d'auteurs divers par quelques citations, leur multiplicité nous met dans la nécessité de nous restreindre.

Dans son travail des rémittences prolongées au point de vue médico-légal paru en 1855 et resté inachevé, M. le Dr Baillarger nous dit que les paralytiques généraux en rémission jouissent d'une certaine raison, mais ils ne sont plus comme autrefois. Témoin leur animosité, leur affection pour des personnes qui en sont indignes, leur impossibilité à résister à une obsession, etc. Si ces malades ne peuvent être considérés comme des aliénés, ils sont atteints de faiblesse d'esprit à laquelle nos Codes ont assigné une sorte de place intermédiaire entre la raison et l'imbécillité. Mais ce sont là des cas favorables; on voit au contraire des cas où les malades sont plus futiles, enfantins, croient qu'ils n'ont jamais été malades, qu'ils sont bien portants, se plaignent d'avoir été enfermés et de l'être encore, etc., s'habillent drôlement comme dans un cas de Morel; sont irritables. Un écart de régime, de l'élévation de la température, etc., peuvent aggraver les symptômes. Donc, conclut le Dr Baillarger, pendant les rémissions ces malades ne peuvent être rendus sans danger à une liberté complète, ni recouvrer la plénitude de leurs droits.

M. le Dr Sauze, dans une étude sur les rémissions dans le cours de la paralysie générale datée de 1858 (in *Annales médico-psych.*, t. IV, p. 493), nous dit qu'il faut surveiller les malades en état de rémission parce qu'ils commettent des actes nuisant à leurs intérêts, etc., etc; en somme leur intelligence n'est pas normale. Ils sont irresponsables.

Dans ses considérations médico-légales, le Dr Faure (in thèse Paris, 1864) pense que les paralytiques généraux sont surtout

dangereux pendant leurs accès, autrement non. Ils deviennent alors lubriques, etc., etc. A propos des testaments il conseille de s'abstenir plutôt que d'affirmer la nullité, et il cite à ce sujet l'exemple du D^r Brierre de Boismont : un Suisse, paralytique général, testa en faveur de sa femme et écrivit le testament avec la main gauche; les frères attaquèrent.

Voici ce que nous dit M. Legrand du Saulle au sujet de l'état mental des paralytiques généraux en rémission : « L'un convient de son délire, déplore les excès qu'il a commis, etc.; l'autre nie ses convictions délirantes passées, essaye de donner le change et dissimule son état; il n'a jamais été malade, etc. »

« Souvent ces malades, nous dit-il encore (in *Gazette des hôpitaux*, novembre 1886), sont condamnés pour actes immoraux alors qu'ils sont en rémission, on ne les prend plus pour fous. »

• Il a bien fait ressortir dans ses cours à l'École pratique publiés dans la *Gazette des hôpitaux* (23 octobre et 8 novembre 1866, n^{os} 24 et 130 in *Paralysie générale étudiée au point de vue médico-légal*) les divers troubles que présente le paralytique général en rémission. Exemple l'observation de ce malade qui quitta, en rémission, Charenton en 1852, malgré les conseils du D^r Calmeil et qui gaspilla sa fortune. — Puis cet autre (cas emprunté à Sauze (in *Annales médico-psych.* 1851, p. 509 et 510) qui, en rémission à deux reprises, testa pour ses deux frères, etc. — Lasègue avait dit : « Je ne crois pas que le paralytique général soit momentanément guéri. » Cette opinion d'après M. Legrand du Saulle pourrait recevoir plus d'une application regrettable — Aussi conclut-il que « quand la rémission est de bon aloi et que l'acte incriminé n'a aucun rapport direct ou indirect avec le délire passé, la théorie de la responsabilité partielle ou proportionnelle trouve là une saisissante application. La rémission n'est-elle, au contraire, qu'une simple intermission, il ne peut y avoir ni liberté morale, ni responsabilité. »

D'après le D^r Balland (in th. de Strasbourg, 1868, *Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés*) les paralytiques généraux en rémission peuvent être kleptomanes; rarement ils

se suicident (nous avons cité une observation personnelle, obs. I) ou ils deviennent homicides, incendiaires, ils mènent parfois une vie dévergondée avec des filles publiques, ou vivent avec des domestiques, etc.; exemple, cette vieille demoiselle descendant d'une grande famille dont parle M. Legrand du Saulle qui prit son jardinier pour amant et qui succomba plus tard à une rechute. — Sa conclusion est qu'on peut donner la liberté aux paralytiques généraux en rémission, mais non leur permettre la gestion de leur biens, ni les rendre responsables des délits commis par eux.

M. le D^r A. Foville dans son article *Paralysie générale* du Dictionnaire de Jaccoud s'exprime ainsi au sujet des paralytiques généraux en rémission : « Les malades entrent dans des asiles où ils sont considérés comme lypémaniques simples ; ils reviennent à la lucidité et à la raison, ils reprennent dans la société leur place et leurs occupations. Plus ou moins longtemps après ils redeviennent aliénés, rentrent dans l'asile et sont alors reconnus pour des aliénés paralytiques. Dans tous les asiles, en cherchant bien, on trouverait, croyons-nous, de loin en loin, des malades entrés ainsi deux fois et considérés, la première, comme atteints de lypémanie simple, et la seconde, comme affectés de paralysie générale. »

C'est dans ces commencements de maladie, après une première rémission, que les paralytiques généraux commettent des délits et des crimes qui appellent sur eux l'action de la justice. Ces faits sont tellement fréquents, pense encore M. le D^r Foville, que cette première période de paralysie générale a pu être désignée par MM. Magnan, Legrand du Saulle, etc., sous le nom de période médico-légale. « Bien souvent le caractère morbide et délirant n'est pas reconnu, la maladie de ceux qui les ont commis reste elle-même inaperçue ; de nombreux aliénés paralytiques passent ainsi en jugement et subissent des condamnations plus ou moins sévères. Plus tard survient une rechute et les symptômes somatiques et psychiques démontrent bien que l'on avait affaire à une paralysie générale. »

Pour M. le Dr H. Dagonet (in *Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales*, 1876), il n'y a pas d'hésitation possible, le paralytique général en rémission est un être frappé de débilité mentale, « il est irresponsable ». — C'est aussi l'avis de M. le Dr Auguste Voisin (in *Traité de la paralysie générale*, 1879).

M. le professeur Ball (in *Leçons cliniques*, p. 801) dit au sujet de la sortie des paralytiques généraux en rémission : « Il convient d'user de la plus grande prudence en raison de ces guérisons apparentes. » Ce n'est que lorsqu'elles se maintiennent qu'on peut la leur accorder.

Malgré cela ils commettent toutes sortes d'extravagances et d'actes insensés. Celui-ci devient bigame, comme le prouve le rapport si intéressant du Dr Petrucci (in *Annales médico-psych.* 1875 t. XIII, p. 414); celui-là, comme le dit M. Legrand du Saulle, se marie avec une fille publique rencontrée en chemin de fer. Et alors en proie à une surexcitation génésique qui heureusement diminue à mesure que l'affection progresse, ils peuvent même à une période avancée de la paralysie générale avoir des enfants comme dans cet autre exemple dont parlent MM. les docteurs Christian et Ritti dans leur article *Paralysie générale* du Dictionnaire Dechambre (p. 741, t. XX, 2^e série) : l'enfant naissait « à l'époque où le père se mourait dans le marasme. » Nous nous sommes assez appesantis sur l'influence de l'hérédité dans la paralysie générale pour comprendre combien ces petits êtres sont prédisposés plus tard aux affections cérébrales. Le résultat d'une conception survenue dans de pareilles circonstances doit presque toujours se ressentir d'une parenté si directe, d'une tare si grave. Le produit sera à peu près fatalement entaché d'un vice héréditaire. Nous comptons trop de dégénérés pour ne pas nous opposer dans un but aussi patriotique qu'humanitaire à de pareilles unions.

A Lacédémone, tout nouveau-né mal conformé était détruit, faisons mieux et comme cet évêque de Spire qui en 1757 édictait des peines sévères contre tous ceux qui favorisaient le mariage

des épileptiques, édictons des peines contre ceux qui favorisent les mariages des paralytiques généraux, même en rémission. Nous insistons sur ce dernier point parce que nous savons que la loi n'a pas une grande puissance. En tout cas comme ces malades finissent la plupart du temps dans un délai assez bref, le mieux est de pratiquer l'autopsie afin d'annuler ces unions et empêcher ainsi leur fortune de passer entre les mains de personnes qui en sont indignes. Avant tout c'est aux familles à prendre leurs précautions. Pour cela MM. les docteurs Christian et Ritti (in *Dict. Dechambre*, article *Paralytie générale*) disent : « Il nous est impossible d'établir des règles précises, chaque cas particulier demandant une étude spéciale. » L'article 901 du Code civil a beau annuler les testaments et les donations entre vifs des paralytiques généraux, cela ne les met pourtant pas à l'abri de l'exploitation et M. le Dr Auguste Voisin (*loc. cit.*) prétend qu'il y a de quoi faire des romans innombrables avec les paralytiques généraux qui ne jouissent pas de la protection légale : « Il faudrait la plume de Balzac pour dévoiler ces détails ténébreux. Les amis, les parents, le taillent à merci, comme si en perdant la raison, ils perdaient en même temps leurs droits à toute protection et à la charité humaine ! On voit de ces malades qui, riches, sont jetés dans les maisons de santé, au meilleur marché possible, à prix de plus en plus bas, puis on attend la mort pour se partager leur héritage. Des intrigants se font donner des objets de valeur, des titres de rente, pour faire signer des engagements, etc., etc. »

Les considérations ci-dessus énoncées ont dirigé le législateur dans la confection de nos lois. Nous allons les passer en revue.

Article 489 du Code civil. — « Le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides. »

Cet article, dit l'éminent jurisconsulte d'Aguesseau, s'adresse aux personnes frappées d'incapacité notoire et qui ne peuvent mener une vie commune et ordinaire, remplir la destination humaine, ni atteindre jusqu'à la médiocrité des devoirs généraux. » M. le Dr Legrand du Saulle a protesté et proteste encore

avec un grand nombre de médecins aliénistes contre le texte d'une telle loi. « Cette véritable excommunication civile ne doit être prononcée, même chez les paralytiques généraux que le plus tard possible, » nous dit-il (in *Étude-médico-légale*, 1872, et leçons faites à l'École pratique en 1866, publiées dans la *Gazette des Hôpitaux*). En cela cet auteur est partisan de la loi romaine qui disait : « Si le fou a recouvré la raison ou s'il a fait un testament dans un intervalle lucide, le testament est réputé valable. »

C'est en tenant compte de ces dernières idées que les auteurs du code ont, dans l'art. 499, songé à la demi-interdiction. Voici le texte : « En répétant la demande en interdiction, le tribunal pourra, si les circonstances l'exigent, ordonner que le défendeur ne pourra désormais plaider, transiger, emprunter, recevoir capital mobilier, ni en donner décharge, aliéner ni grever ses biens d'hypothèques, sans l'assistance d'un conseil qui lui sera nommé par le même jugement. »

Bien que les articles 502 et 503 déclarent « nuls de droit les actes passés par l'interdit », on peut, nous dit M. le D^r A. Linas (in *Dictionnaire Dechambre*, tome III, p. 127, 1865, article *Aliénés*), en donnant à la loi l'interprétation la plus large et le sens le plus libéral, dans les intervalles lucides leur permettre de tester, se marier, reconnaître un enfant naturel, etc., actes qu'un tuteur ni personne ne peuvent remplir à sa place. « Faute de cette condition, ajoute M. Demolombe, l'interdiction ne serait plus une mesure de protection, mais une atteinte pleine de dureté et d'inhumanité aux droits les plus précieux des citoyens; elle serait une tyrannie également condamnable par la raison, la science et l'humanité. » Cette doctrine est consacrée généralement par la pratique des tribunaux.

Quand il survient une rémission complète, analogue aux cas les plus heureux, on peut demander, l'interdiction n'ayant rien d'irrévocable, une demande en main levée. Cela est absolument indispensable si l'on veut récupérer ses droits.

Article 512. — « Il faut un jugement de main levée pour res-

tituer à l'interdit sa capacité civile et pour lui rendre l'exercice de tous ses droits légaux. »

« L'interdiction, en effet, n'a pour but que de soutenir et de suppléer dans les actes de la vie civile et sociale, les malades qui ne peuvent les accomplir. » (Aug. Voisin, *loc. cit.*) Si sa demande est rejetée, on lui appliquera l'article 499 : « Le défendeur ne pourra désormais administrer sans l'assistance d'un conseil qui lui sera nommé par jugement. » En ce cas quelques médecins veulent qu'un mariage contracté dans un intervalle lucide soit valable. Hauffbauer (in *Médecine légale relative aux aliénés*, trad. par Chambeyron, Paris 1827) pense que le malade doit, pendant l'intervalle lucide être responsable de ses actes. D'après M. le Dr Dagone!, généraliser cette idée ce serait tomber dans l'absurde; car bien qu'il jouisse de l'intégrité de ses sens, il peut lui être resté : 1° une conscience inexacte de son état actuel, au moins dans ses connexions avec le passé; 2° quelques erreurs indépendantes de lui et qui influent sur ses actions présentes. »

Du reste à propos de ces mariages nous avons vu déjà comment il fallait envisager cette question. Par l'article 149, il ne pourra pas permettre le mariage de ses enfants, et par ce fait il a perdu ses droits de père; par l'article 442, il ne peut plus être ni tuteur, ni témoin, etc; par l'article 901, nous avons vu qu'il ne peut pas tester non plus.

Toutes ces interdictions ont été la source d'un tas d'abus contre lesquels les médecins Brierre de Boismont et H. de Castelnau ont tâché de s'élever.

Pour obtenir cette « main levée » il faut, a-t-on dit, être sain d'esprit et de corps. Esquirol a fait remarquer avec beaucoup de justesse qu'il n'était pas aisé de déterminer les limites extrêmes du domaine de la raison, « où commence et où finit l'intervalle lucide. »

« Deux conditions, dit d'Aguesseau, nous découvrent la véritable idée de l'intervalle lucide : l'une est sa nature, l'autre sa durée. Sa nature : il faut que ce ne soit pas une tranquillité super-

ficielle, une ombre de repos, mais au contraire une tranquillité profonde, un repos véritable. Ce n'est point une paix trompeuse et infidèle, et ce que l'on appelle sur la mer une bonace qui suit la tempête ou qui l'annonce, mais une paix sûre et stable pour un temps, un calme véritable et une parfaite sérénité. Enfin, sans chercher tant d'images différentes pour rendre notre pensée, il faut que ce soit non une simple diminution, une rémission du mal, mais une espèce de guérison passagère, une intermission si clairement marquée, qu'elle soit entièrement semblable au retour de la santé. Voilà ce qui regarde sa nature; et comme il est impossible de juger en un moment de la dualité de l'intervalle, il faut qu'il dure assez longtemps pour pouvoir donner une entière certitude du rétablissement passager de la raison; et c'est ce qu'il n'est pas possible de définir en général, et qui dépend des différents genres de fureur. Mais il est toujours certain qu'il faut un temps, et un temps considérable. Voilà ce qui concerne sa durée. »

Le D^r More dans son ouvrage, *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires* (Paris, 1840), partage et approuve complètement les idées du savant jurisconsulte dont nous avons extrait le passage précédent. Cette question présente une trop grande importance pour que nous ne craignions pas de nous entourer de trop de documents, avant de conclure.

« En pathologie, dit Wachsmuth (in *Pathologie der Seele*), on admet des maladies périodiques qui, sans cesser entièrement quant à la nature intrinsèque, cessent seulement pendant un certain temps, de produire extérieurement leurs phénomènes habituels, et, en pathologie, les maladies périodiques sont précisément celles qui intéressent le système nerveux. L'expérience apprend que la maladie dure pendant la rémission, et que celui qui est atteint d'une maladie mentale périodique est malade aussi dans les intervalles lucides; il ne saurait donc y avoir pour lui de responsabilité juridique. »

Puisque le paralytique général ne peut, alors qu'il est en ré-

mission incomplète, jouir de ses droits civils, il est juste de le décharger de tout acte qui tombe sous la juridiction du droit criminel. « Les tendances spiritualistes, nous dit le Dr J.-C. Baume (*in th.* Paris, 1854), ont fait condamner plus d'un aliéné. C'est pour n'avoir pas cherché, dans l'état antérieur ou actuel des fonctions les véritables éléments de diagnostic, que beaucoup de médecins se sont vus réfutés sur le terrain de la discussion psychologique, et que des accusés réellement aliénés ont été et sont condamnés encore à la peine capitale. » Imbu de ces idées erronées, malgré tout son savoir, le philosophe Kant demanda que l'état intellectuel et moral des gens prévenus de démence appartint aux écoles de philosophie. Metzger combattit ces prétentions exorbitantes et démontra que cela « ressortait de la médecine. » Le philosophe et jurisconsulte Hoffbauer fut du même avis. Le médecin Urbain Coste et l'avocat Elias Regnaut reprirent les idées de Kant et voulurent que tout le monde fût jugé. Qu'aurait-on fait dans les cas difficiles ? Leuret et Hip. Royer-Collard n'eurent pas de peine à réfuter ces idées par trop subversives. A ce propos, voici comment s'expriment Hélie et Chauveau : « C'est à la science que la justice doit demander des lumières pour ne pas égarer ses décisions... Les visites, les interrogatoires, les rapports des gens de l'art sont les plus sûrs moyens d'apprécier la véritable situation de l'inculpé. » Où personne ne voit rien, le médecin aliéniste reconnaît la rémission incomplète du paralytique général.

Le paralytique général, alors même qu'il présente une rémission plus ou moins incomplète, doit donc bénéficier de l'article 64 du Code pénal : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. » Par démence, la loi exige, pour dégager l'agent de sa responsabilité, que l'on soit atteint d'une maladie mentale quelconque.

Hélie et Chauveau, quand la rémission est manifeste, veulent que l'on applique le minimum ou mieux encore l'acquittement

pur et simple. Sans être aussi exclusif, nous pensons que l'on doit soumettre chaque cas à une appréciation spéciale.

Si dans la majorité des circonstances il faut absoudre, il ne s'ensuit pas qu'on doive laisser passer tous les actes nuisibles commis par les paralytiques généraux en rémission. La jurisprudence hésite encore sur l'article 1382 du code Napoléon concernant la réparation civile des dommages-intérêts. Le mieux serait, croyons-nous, de rendre responsables par les articles 1384 du Code civil et 479 du Code pénal, la famille, les parents ou les personnes tenues de surveiller le paralytique général en rémission. C'est là une des meilleures mesures proposées par Tardieu : « La loi, nous dit-il, n'a pas encore pris à cet égard de dispositions précises ; mais il me paraît tout à fait équitable qu'il en soit ainsi ; car je ne sais rien de si coupable que l'insouciance avec laquelle certaines familles se comportent avec leurs proches, aliénés, et leur défaut de soins et de précautions consistant à laisser en liberté des fous capables de causer d'irréparables malheurs. » Ce n'est que justice d'agir ainsi vis-à-vis du lésé. A tous les arguments qu'on pourrait objecter contre une loi si équitable, si elle existait, nous n'aurions qu'à répondre : *dura lex, sed lex*. On n'a pour s'en convaincre qu'à lire l'excellent mémoire de M. le D^r Rousselin concernant la séquestration des paralytiques généraux. Les quatre-vingt-dix cas rapportés dans cette étude, ont été à dessein empruntés à des feuilles publiques. Sur ce nombre, on peut voir combien de fois on aurait pu éviter par une surveillance bien dirigée certains accidents.

Somme toute, les opinions des auteurs, d'après les citations que nous venons de faire, semblent se diviser en quatre parties bien distinctes. M. Legrand du Saulle est partisan de la *responsabilité proportionnelle* ; Belloc veut la *responsabilité partielle* ; Michéa désire la *responsabilité conditionnelle* ; enfin, les jurisconsultes Chauveau et Faustin Hélie, les D^{rs} Robinet, Falret, etc., concluent en faveur de l'*irresponsabilité*.

« Ne peut-on pas présumer, disent Chauveau et Faustin Hélie, que l'état habituel de l'aliénation a pu exercer quelque influence

sur la détermination de l'agent, alors même qu'aucun signe ne le décèle? Quel juge oserait affirmer que cette intelligence, tout à l'heure éteinte, a repris subitement toutes ses clartés. »

Dans ses observations prises à l'asile de Saint-Yon, le Dr Robinet convient que quelques paralytiques généraux en rémission ont seulement l'intelligence affaiblie et par conséquent peuvent dans une certaine limite se rendre compte de leurs actes. — Mais de là à la responsabilité, il y a loin. — « Il ne faut pas se le dissimuler, nous dit-il, en pratique la doctrine que je soutiens pourrait donner lieu à de graves embarras. Je suppose que le malade commette un crime ou un délit, comment établir qu'il n'est pas sous l'influence d'un nouvel accès qui vient de surgir et que la rémission est passée? Dans ce cas, le plus sage est de se prononcer pour l'irresponsabilité, car en matière criminelle le malheur est moins grand d'accorder aux coupables les bénéfices d'erreur que de lui en faire supporter les conséquences. »

Falret dit : « Comment limiter exactement la sphère dans laquelle s'exerce le délire? Comment affirmer que tel acte, accompli dans tel moment, est totalement étranger aux conceptions délirantes de l'individu, tandis que tel autre acte, commis au même instant, doit être attribué à une impulsion morbide? Comment fragmenter ainsi l'âme humaine et faire deux parts distinctes dans ce qu'il y a de plus indivisible chez l'homme, sa personnalité, son libre arbitre, sa responsabilité?

Comment le punir en même temps pour certains actes et l'absoudre pour certains autres? qui pourrait prétendre apprécier avec certitude ce qui se passe dans l'intimité même de la conscience, en dehors de tout témoin intérieur ou extérieur? qui pourrait peser, mesurer le degré d'impulsion qui a entraîné le malade et le degré de résistance qu'il a pu y opposer? qui a la prétention de posséder un phrénomètre, c'est-à-dire un instrument assez précis, assez rigoureux, pour calculer avec certitude dans cette statique intellectuelle et morale, dans ce mécanisme compliqué des facultés intellectuelles, morales et instinctives, la puissance des forces d'impulsion et le contre-poids exercé par les

forces de résistance et pour indiquer avec vérité de quel côté se trouve la résultante de toutes ces forces combinées agissant simultanément, c'est-à-dire l'acte accompli ? qui pourrait déterminer s'il a été le produit de la décision libre de l'individu, ou bien au contraire, s'il a eu lieu malgré lui et à son insu par suite d'une impulsion malade supérieure à sa volonté ?

Cette mensuration exacte des forces physiques et de leurs résultantes est tout simplement impossible. Ceux qui tentent de la réaliser, médecins ou magistrats, livrent sa solution au hasard et à l'arbitraire des appréciations individuelles, variables selon les moments et les circonstances. Et c'est à l'aide de cette appréciation arbitraire si sujette à l'erreur et sans critérium certain que l'on voudrait décider de la vie et de l'honneur des individus et de leurs familles. »

Après un pareil plaidoyer en faveur de l'irresponsabilité, nous croyons nécessaire de clore nos citations. Nous sommes convaincus. Le paralytique général en rémission est irresponsable. En attendant une solution plus aisée, il doit être placé sous la tutelle de personnes qui doivent le surveiller et répondre de ses actes.

Pour éviter cela M. le D^r Blachez dans un article « Les récidivistes » paru dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, le 16 octobre 1885 (n° 42, p. 674 et 675), dit que lorsqu'un malade est amélioré, s'il présente quelques dangers pour la société dans un avenir prochain, on devrait créer des locaux autres que des asiles où les malades seraient à l'abri des excitations du dehors et en même temps pourraient vivre d'une vie meilleure que celle des préaux et divisions des maisons d'aliénés. « Ces maisons de refuge pourraient être organisées de manière à laisser aux malades une liberté relative. Les gains qu'ils réaliseraient par leur travail serviraient à améliorer leur situation dans l'établissement, à aider leurs familles, s'ils y consentaient. Les malades y seraient placés sous une sorte de tutelle administrative, soigneuse de les préserver de leurs propres instincts et d'améliorer leur situation en raison de leur relèvement moral. »

Là, le médecin pourrait « à un moment donné, quand il au-

rait constaté chez son malade une modification profonde et durable, entr'ouvrir la porte et confier le malade à sa famille si elle le réclame, pendant un temps variable. Mais ce ne sera qu'une mainlevée; il aura toujours son malade sous sa tutelle et pourra le reprendre d'autorité à la moindre plainte sérieuse.»

Ce serait l'idéal. Mais cette vue de l'esprit présenterait des difficultés très grandes et très nombreuses sur le détail desquelles nous voulons passer.

En terminant cette étude médico-légale, nous exprimons le regret de n'avoir pas pu encore consigner ici les nouvelles idées du récent ouvrage de MM. Legrand du Saulle et Berryer. Cette œuvre est trop considérable pour être commentée à la légère. Le temps nous manque, nous nous abstenons.

CONCLUSIONS

Historique. — 1° L'étude des rémissions dans le cours de la paralysie générale est de date récente ; leurs observations n'ont été bien décrites qu'à partir de Bayle. Tout ce qui est antérieur n'a point toute la valeur scientifique.

2° La deuxième partie de notre historique abonde en faits, tirés des auteurs qui se sont les premiers et le mieux occupés des rémissions de la paralysie générale ; — parmi ceux-ci, nous citerons en première ligne M. le Dr Baillarger, puis M. le Dr Christian, etc., etc.

Texte. — 3° On ne peut nier l'existence des rémissions dans le cours de la paralysie générale.

4° Il est impossible avec l'anatomo-pathologie actuelle d'expliquer les rémissions de la paralysie générale, — il faut s'en tenir aux faits cliniques.

5° On ne peut comparer les rémissions de la paralysie générale avec les rémissions des autres maladies mentales.

6° Les rémissions dans la paralysie générale s'observent une fois sur huit malades environ.

7° Les rémissions sont complètes ou incomplètes.

8° Les complètes sont rares.

9° Les incomplètes sont fréquentes.

10° Les rémissions s'observent dans toutes les formes de la

paralysie générale, mais plus fréquemment dans les périodes initiales, c'est-à-dire dans les formes congestives, expansives, maniaques, etc.

11° La durée moyenne des rémissions se trouve comprise entre six mois et un an. La limite extrême est de deux à trois ans.

12° Les rémissions très légères et d'une durée très courte sont très fréquentes.

13° Les rémissions sont progressives ou surviennent à la suite d'affections incidentes ; ces dernières sont en plus grand nombre.

14° Les rémission par crises pathologiques sont les plus efficaces.

15° Plus la paralysie générale est invétérée, puis elle réclame une crise perturbatrice.

16° Les paralytiques généraux sont exposés à toutes les affections pathologiques.

17° Les rémissions surviennent plus souvent après des suppurations ou des affections produisant du pus en abondance.

18° C'est Baillarger qui le premier a signalé les rémissions après les suppurations.

19° Plus il y a suppuration, plus elle dure, plus il y a de chances de guérison.

20° De même que les suppurations, les affections chirurgicales qui la plupart les provoquent, prédisposent aux rémissions.

21° Pendant les rémissions les troubles de la paralysie générale peuvent plus ou moins disparaître, ou rester en partie.

22° Les troubles qui persistent le plus souvent sont par ordre de fréquence : l'embarras de la parole, les troubles pupillaires, un état infantin, etc. (voir page 148).

23° Ces troubles durent tantôt peu de temps, tantôt pendant toute la maladie.

24° La paralysie générale vraie persiste pendant la ou les rémissions.

25° On peut prévoir les rechutes.

26° On ne peut dire si une rémission doit survenir ; elles arri-

vent pourtant plus fréquemment dans les formes expansives, etc., aux périodes initiales.

27° Une fois la paralysie générale confirmée les rémissions peuvent survenir entre le premier mois et la troisième année; il n'y a rien de fixe à cet égard.

28° Les rémissions reculent le terme de la paralysie générale;

29° Et ne précipitent pas autant qu'on l'a dit la fin de la paralysie générale. Cette dernière peut durer encore de sept mois à trois ans (voir p. 154).

30° L'hérédité ne semble pas hâter la paralysie générale, ni avancer les rémissions.

31° Les rémissions sont plus fréquentes chez les paralytiques généraux héréditaires, avec les rechutes elles se suivent, se renouvellent plus souvent; elles surviennent sans causes connues. Tout ceci est vrai surtout pour les rémissions dans la paralysie générale à double forme.

32° Les rémissions chez les paralytiques généraux à double forme ne surviennent pas après les suppurations, ni après les affections incidentes.

33° Les rémissions dans la paralysie générale à double forme sont presque toujours incomplètes, et de plus sont très fréquentes.

34° La paralysie générale à double forme, à cause de ses rémissions à répétition, dure plus longtemps.

35° Dans les pseudo-paralysies générales alcooliques, il survient toujours des rémissions ou du moins elles sont très fréquentes. Nous n'avons pas observé la rechute de nos malades, ils sont tous partis en rémission.

36° Il en est de même des pseudo-paralysies générales syphilitiques, saturnines, etc., du reste ce ne sont là que des affections ressemblant à la paralysie générale.

37° Chez les femmes la paralysie générale présente des rémissions; mais plus rarement parce qu'elles tombent dans la forme démente et que dans cette dernière les rémissions sont en minorité.

Traitement. — 38° Malgré le terme de la paralysie générale vraie, le devoir du médecin est de tenter d'obtenir une rémission.

39° Les rares rémissions survenues par un traitement basé sur l'action des médicaments ne sont point concluantes et semblent reposer sur des erreurs de diagnostic.

40° Il en est de même des autres agents thérapeutiques, tels que l'hydrothérapie, la méthode antiphlogistique, purgatifs, saignées, sangsues, etc.

41° Seule la révulsion a donné de bons résultats et parmi les révulsifs le séton à la nuque surtout.

42° La révulsion se rapproche des suppurations, elle imite la nature, il n'est donc pas étonnant que c'est à elle qu'on doit le plus de rémissions.

43° La rémission dépend plutôt de la longueur de la suppuration que de la quantité du pus produit.

44° La révulsion a plus de chance de réussir à mesure qu'on se rapproche du début de la paralysie générale.

45° Les héréditaires et surtout les paralytiques généraux à double forme ont moins de chance de voir survenir les rémissions; — la phase terminée réclame sa phase.

Médecine légale. — 46° Le paralytique général en rémission incomplète est un être frappé de débilité mentale; il commet des actes préjudiciables à ses intérêts et à ceux de sa famille. Il ne doit par conséquent ni administrer ses biens, ni tester, etc. — Quand la rémission est complète, chaque cas doit être considéré spécialement.

47° On doit l'empêcher de se marier, parce que non seulement sa fortune passe souvent entre des mains indignes, mais encore parce que ses enfants seront des héréditaires, des dégénérés.

48° Dans certains cas c'est aux parents à prendre l'initiative et prouver par l'autopsie que tel ou tel acte n'est pas valable, parce qu'il a été passé pendant le cours d'une paralysie générale.

49° Le paralytique général, lorsqu'il présente une rémission manifestement complète, doit subir en tant qu'il tombe sous la

juridiction du droit criminel, le minimum des peines ou bien être déclaré irresponsable. Chaque cas particulier demande une étude spéciale. — A plus forte raison l'irresponsabilité doit-elle être prononcée quand la rémission est incomplète.

50° On doit rendre responsables les parents ou les personnes chargées de les surveiller.

51° La séquestration est une mesure prudente et favorable dans bien des cas.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ORDRE ALPHABÉTIQUE

A

- AUZOUY. Archives cliniques des maladies mentales. 1861, p. 138. — Symptômes graves de la paralysie générale.

B

- B. BALL. Leçons sur les maladies mentales. 1880-1883.
- BAYLE. Thèse Paris 1822. — Recherches sur l'arachnitis chronique, la gastrite, la gastro-entérite chronique et la goutte, considérées comme cause de l'aliénation mentale.
- Traité des maladies du cerveau et de ses membranes. 1826.
- BAILLARGER. *Ann. méd. psych.*, t. IX, p. 331. 1847. — Des rémittences prolongées de la paralysie générale, étudiées au point de vue médico-légal (travail inachevé. In *Union médicale*, 9 août 1855, n° 94, p. 379). De la démence paralytique et de la manie avec délire ambitieux (in *Annales médico-psych.*, tome IV, 1858).
- Appendice du traité des maladies mentales du professeur Griesinger. Paris, 1869.
- Des rémissions de la démence (*Annales médico-psych.*, t. I, p. 5. 1879).
- BALLAND. Thèse Strasbourg, 1868. — Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés.
- J. C. BAUME. Thèse Paris 1854. — De la guérison des maladies mentales.
- EMMANUEL BLÉ. Thèse Paris 1881. — De la révulsion à la nuque dans les affections chroniques du cerveau et de ses enveloppes.
- BILLOD. Recherches sur la paralysie générale (in *Ann. méd.-psych.* 1850, t. II, p. 608).
- BLACHEZ. Les récidivistes, article paru in *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, le 16 octobre 1885, n° 42, p. 674 et 675.
- C. BOUCHET. Etudes pour servir à l'histoire de l'influence de la folie sur les fonctions et les maladies du corps humain et réciproquement, extraites d'un mémoire sur le même sujet, par feu Germain et C. Bouchet, annotées par C. Bouchet. 1845.

- BOERHAAVE. Aphorismes.
BOUCHUT. *Bulletin thérapeutique*. 1865.
BONNEFONS. *Annales médico-psych.*, mai 1869.
BOUILLAUD. De l'encéphalite. 1820.
— Traité clinique et physiologique de l'encéphalite. Paris, 1825.
BRIÈRE DE BOISMONT. Voyage en Italie. 1830.
BROUSSAIS. Histoire des méningites cérébro-spinales. Paris, 1843.
DANIEL BRUNET. Traitement et curabilité de la périécérébrite (in *Ann. méd.-psych.*, 6^e série, t. VIII, p. 366. 1882).
BURLUREAUX. Thèse Paris 1874.

C

- CALMEIL. De la paralysie considérée chez les aliénés. 1826.
— Traité des maladies inflammatoires du cerveau. 1859.
— Maladies intercurrentes des aliénés (in *Dict. Dechambre*. 1865, t. III, p. 171).
CHIARUGGI. Della pazzia in genere e in specie, con una centuria d'osservazioni (3 vol. in-octavo), in Firenze. 1794.
J. CHRISTIAN. Traumatismes chez les aliénés (in *Ann. médico-psych.* 1873.
— Nouvelles recherches de la nature de la paralysie générale des aliénés (in *Ann. médico-psych.*, t. I, p. 445-1879).
— Faits de rémissions dans la paralysie générale à la suite de suppurations prolongées (in *Ann. médico-psych.*, t. III, p. 224. 1880).
— Mal perforant du pied dans la paralysie générale (in *Ann. médico-psycho.*, t. VIII, p. 230. 1882).
— Des difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale (in *Ann. médico-psych.* 1884).
— *Ann. médico-psych.* 7^e série, 11 septembre 1885.
— Communication au congrès d'Anvers 1885, sur les fractures chez les paralytiques généraux.
V. COMBES. Thèse Paris 1858. — De la marche de la folie.
MOSON COX. *Pratic. obs. on insanity*.
CODE civil.
— Napoléon.
— pénal.

D

- DAGONET. Traité élémentaire et pratique des maladies mentales. 1876.
DECABALLIS. *Phænomena medica*.
J. DECORSE. Thèse. Paris 1871. — Considérations sur la chirurgie des aliénés.
DEGUISE. De quelques maladies du domaine de la chirurgie chez les aliénés (in *Mémoires de la Soc. de chirurgie*, t. III, p. 457. 1853).
DELASIAUVE. *Annales médico-psych.* 1851.

J.-B. DELAYE. Considérations sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés (Thèse Paris 1824).

DOUTREBENTE. Thèse Paris.

— *Arch. méd.-psych.*, t. XIX, p. 161 et 321. 1878. — Des différentes espèces de rémissions qui surviennent dans la paralysie générale.

J. DUBUISSON. Traité des vésanies. 1816.

DISCUSSION sur la paralysie générale, 1858 et 1859 (in *Ann. méd.-psych.*, 3^e série, t. IV et V).

E

EARLE. *The american Journal of the medical science*. Juillet 1857.

ESPIAU DE LAMAESTRE. De la paralysie générale à double forme (in *Compte rendusténographique du congrès international de médecine mentale de 1878*).

ESQUIROL. Maladies mentales.

F

FABRE. Thèse Paris, 1832.

— *Annales médico-psych.*, 1858, t. IV, p. 292, et *Lancette française*. 1832, n^o 65.

— Folie paralytique circulaire (in *Ann. méd.-psych.*, Mars 1874).

FALRET. Thèse Paris 1853. — Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales.

CH. M. FAURE. Thèse de Paris 1864. — Des rémittences de la paralysie générale.

FERRUS. Cours sur les maladies mentales fait à Bicêtre (in *Gazette des hôpitaux*. 6 décembre, n^o 143, p. 576).

— *Ann. méd.-psych.* 1858, t. IV, p. 377.

FODÉRÉ. Traité du délire. 1817.

FOURNIER. Syphilis du cerveau. Paris 1879.

FOVILLE. Nouveau Dict. de médecine, t. XXVI, p. 89; article « Paralysie générale ». 1878.

G

GEOFFROY. De la folie à double forme. Thèse.

GEORGET. De la folie. 1820.

— Dict. en 30 vol., article « Folie ».

GRASSET. Traité pratique des maladies du système nerveux. 1881.

H

HAUFFBAUER. Médecine légale relative aux aliénés (traduction par Chambeyron. Paris, 1827).

HILDEMBRANDT. Typhus.

HIPPOCRATE. Aphorismes.

HOFFMANN. Pseudo-paralysies potu.

MAGNUS HUSSE *Alcoholismus chronicus*. Stockholm, 1852.

J

JACCOUD. Pathologie interne.
Jus romarum.

L

- LACAILLE. Thèse. Pseudo-paralysie générale alcoolique.
LAFITTE. *Archives cliniques des maladies mentales*, tome I, p. 36.
LASÈGUE. De la paralysie progressive. Thèse d'agrégation. 1853.
LEGRAND DU SAULLE. Cours à l'Ecole pratique 1866, publiés in *Gazette des hôpitaux*.
— Testaments.
— Diction des aliénés (in *Annales médico-légales*. 1872).
LINAS. Dict. Dechambre, t. III, p. 427. 1865; article « Aliénés ».
LISLE. Du traitement de la congestion cérébrale et de la folie, par l'acide arsénieux (in *Journal de méd. et de chir. pratiques*. 1872).
LITTRÉ ET ROBIN. Dict. médecine. 1878.
LITTRÉ. Mémoires de l'Académie des sciences. 1705, p. 32.
LUDWIG MEYER de Göttingue. Berlin. *Klin. Wochens.*, n° 24. 1877.
LUNIER. *Ann. méd.-psych.*, 1847-1849.
— Mémoire lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 4 mai 18 2.
— Comptes rendus de l'asile de Blois, années 1856, 1857, 1858, 1860, 1861, 1863.
— *Ann. méd.-psych.* 1877, p. 426.
— *Ann. méd.-psych.* 1883.
LUYS. *Ann. méd.-psych.* 1877, t. VIII.

M

- MAGNAN. Leçon d'ouverture du cours de Sainte-Anne (in *Ann. méd.-psych.* p. 314, t. II, septembre 1885).
MARANDON DE MONYEL. De la marche de la paralysie générale progressive chez les héréditaires (in *Ann. méd.-psych.* 1878, 5^e série, p. 333 à 369, t. XX).
MARCÉ. *Gazette des hôpitaux*, 1863. — Observations.
MARTINET ET PARENT. Recherches sur l'inflammation de l'arachnoïde, etc. Paris, 1821.
MENDEL. Die progressive paralysie der Irren. Eine monographie. 1880.
MOREAUX. Thèse 1881.
MOREL. Etudes cliniques (*Annales méd.-psych.* 1858, p. 388).
MORE. De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires. Paris, 1840.

N

NASSE. Pseudo-paralyse a potu. 1870, in *Irrenfreund*.

NEUMANN. Observations traduites par Riester. (*Archives de médecine*, t. VI, p. 424.

O

OEBEKE. Des frictions du crâne dans la paralysie générale progressive (in *Allgem. Zeitsch. f. Psych.* 1883).

P

PARCHAPPE. *Annales méd.-psych.* 1858, p. 473.

PETER. Cliniques.

PETRUCCI. *Annales méd.-psych.* 1875, t. XIII, p. 411.

PINEL neveu. Séance du 28 juin 1858. — *Soc. méd.-psych.*

R

RABUTEAU. Eléments de thérapeutique et de pharmacologie.

RÉGIS. De la paralysie générale chez la femme. Paris, 1882.

— De l'encéphalopathie saturnine dans ses rapports avec la paralysie générale progressive (in *Annales méd.-psych.*).

— Traité élémentaire des maladies mentales. 1883.

RENAUDIN. Réflexions sur les observations recueillies dans le service médical de l'asile de Fains pendant l'année 1848 (in *Ann. méd.-psych.*) avril 1849, p. 456).

— Etudes médico-psychologiques sur l'aliénation mentale. 1854.

REQUIN. Paralysie générale progressive (?) 1846.

REY. *Ann. méd.-psych.*, t. IX, p. 416. 1883.

RILLIET et BARTHEZ. Traité clinique et pratique des maladies des enfants. 1853.

ANT. RITTI. Traité clinique de la folie à double forme. 1883.

— Eloge de Parchappe.

J. CHRISTIAN et ANT. RITTI. Dict. encyclopédique des sciences médicales, article « Paralysie générale. » Vol. XX et XXI.

ROBINET. Observations prises à l'asile Saint-Yon.

ROUSSELIN. Mémoire.

ROY. Rapport sur l'Asile des aliénés de Québec. 1872-1873.

S

RENIER DE SACKSENBERG. *Alleg. Zeitschrift für Psych.* 1873.

SAUZÉ. Des rémissions dans le cours de la paralysie générale (in *Ann. méd.-psych.*, t. IV, p. 5.9. 1838).

Larroque.

SCHILS. Thèse Paris 1879. Etude sur les rémissions dans la paralysie générale.

SCHÜLE. De l'influence qu'exercent certains médicaments sur les vaisseaux de l'encéphale (in *Gazette médicale de Paris*. 1874, p. 628).

T

TRÉLAT. Répertoire des observations inédites (in *Ann. méd.-psych.*, t. VI, 1845).

THORE. Etudes sur les maladies incidentes des aliénés (in *Ann. méd.-psych.*, 1844, 1845, 1846, 1847, t. III, IV, V. VII, VIII, IX.

TRIÈRE. Thèse Paris 1883. — Contribution à l'étude de la périencéphalite diffuse et de son traitement.

V

VÉRIÉ. Compte rendu médical de l'asile de Blois. 1864.

FÉLIX VOISIN. Mémoire sur l'emploi du cautère à la nuque dans la paralysie générale (in *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, p. 1062. Séance du 14 juillet 1843) et (in *Ann. méd.-psych.*, t. II, p. 305).

AUG. VOISIN. Traité de la paralysie générale des aliénés. 1879.

W

WACHSMUTH. Pathologie der Seele.

WILLIS. De anima brutorum.

ZIMMERMANN. Traité de l'expérience.

AUTEURS DONT NOUS NE DONNONS PAS L'INDEX

Descartes. — Gallien. — Bonnet. — Morgagni. — Perfect. — Haslam. — Pinel. — Royer-Collard. — Ach. Foville. — Moreau de Tours. — Lelut. — Jacobi. — Bulard. — Poincaré. — Jarre. — Westphal. — Wirchow. — Rokitansky. — Weld. — Simon. — Sandras. — Guislain. — De Crozant. — Daguin. — Friedrich. — Burroux. — Richard. — Ellis. — Leuret. — Krafft-Ebing. — Chrichton-Browne. — Shankey. — Hanwell. — Heinroth. — Lionnet. — Tanquerel des Planches. — Desauges. — Beau. — Hubert Rodrigues. — Trousseau. — Gubler. — Brown-Séquard. — Rech. — Bain. — Pascal. — Chauffard d'Avignon. — Piorry. — Jacob. — Bouvier. — D'Aguesseau. — Faustin Hélie. — Chauveau. — Demolombe. — H. Castelnau. — Kant. — Metzger. — Urbain Coste. — Elias Regnault. — Tardieu. — Belloc. — Michéa, etc., etc., etc.

